Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 27. 1887. 5. Juli.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Zur Nachricht!

Die Herausgeber und die Redaction der Münchener Medicinischen Wochenschrift sind in der angenehmen Lage, den Lesern und Freunden dieses Blattes bekannt zu geben, dass mit Beginn der zweiten Hälfte dieses Jahrganges die Herren Professoren Dr. Heineke, Vorstand der chirurgischen Klinik zu Erlangen, und Dr. Michel, Vorstand der ophthalmologischen Klinik zu Würzburg, unter die Zahl der Herausgeber unserer Wochenschrift eingetreten sind. Es sind damit nun auch die medicinischen Facultäten der beiden Schwester-Universitäten, Erlangen und Würzburg, unter den Herausgebern der Wochenschrift vertreten, deren Betheiligung an der Herausgabe in hohem Grade wünschenswerth erschien, nachdem sich das Blatt seit längerer Zeit der thatkräftigen und überaus werthvollen Unterstützung derselben zu erfreuen hatte.

Den genannten Herren sprechen die Unterzeichneten für ihr freundliches Entgegenkommen, in dem sie eine wesentliche Förderung und eine weitere Befestigung des Ansehens dieser Wochenschrift erblicken, ihren Dank aus, wie dieselben sich auch des allseitigen Dankes der Leser und Freunde dieses Blattes versichert halten dürfen.

München, 4. Juli 1887.

Die Herausgeber und die Redaction der Münchener Medicin. Wochenschrift.

Originalien.

Einige Bemerkungen über Heredität bei Ohrenerkrankungen.

Von Prof. Dr. *Bezold.*

Das Vorkommen von mehreren Schwerhörigen in einer Familie ist eine allbekannte Beobachtung. Dementsprechend haben auch von jeher die Otiatriker der Heredität eine hervorragende Stelle in der Aetiologie der Ohrenerkrankungen zugewiesen, und zwar ist es vor allem die chronische progressive Form von Schwerhörigkeit, welche am Schallleitungsapparate spielt, bei der nach der übereinstimmenden Erfahrung der Ohrenärzte am häufigsten hereditäre Momente sich ergeben.

Trotzdem indess der Einfluss der Erblichkeit bei den Erkrankungen des Ohres anscheinend Jedem klar vorliegt, ist es doch nicht so einfach, ein grösseres unanfechtbares statistisches Material in dieser Richtung zu gewinnen.

Die Gründe liegen einerseits in der grossen Häufigkeit von Ohrenkrankheiten überhaupt, andererseits in der Schwierigkeit, die im Mittelohr spielenden Erkrankungen von denjenigen des inneren Ohres streng zu scheiden.

Was zunächst die Häufigkeit anlangt, so hat der Ausspruch v. Tröltsch's, dass in den mittleren Lebensjahren unter drei Menschen sicherlich einer wenigstens an einem Ohre nicht mehr normal höre, allgemeine Zustimmung gefunden. Ich selbst habe bereits im jugendlichen Alter bei meinen Schuluntersuchungen, die sich auf etwas über 1900 Kinder erstreckten, nahezu 26 Proc. constatiren können, deren Hörweite auf $^1/_3$ der normalen und weniger herabgesetzt war.

Bei diesen Untersuchungen ist auch auf Heredität Rücksicht genommen worden. Während bei den Normalhörenden in 10 Proc. schwerhörige Familienglieder (Eltern, Grosseltern, Onkels, Tanten und Geschwister) gemeldet wurden, betrug bei den Schwerhörigen, welche Flüstersprache nur auf 4—0 m verstanden, ihre Zahl etwas über 15 Proc., also ein Ueberwiegen der Heredität um 5 Proc. gegen die Normalhörenden.

Für die Verwerthung dieser Zahlen muss aber hervorgehoben werden, dass gerade diejenige Form, welche erfahrungsgemäss am häufigsten durch Vererbung übertragen wird, die Otitis media chronica sclerotica, nur ausnahmsweise bereits in der Jugend einsetzt und in der Regel erst Erwachsene betrifft.

Daher mussten die Krankenstatistiken, welche die Erwachsenen mit umfassen, in dieser Richtung ein brauchbareres Material liefern. Bereits 1866 hat Moos[1]) 100 Fälle von chronischem Mittelohrkatarrh zusammengestellt, (in welchen allerdings die Tubenaffectionen mit eingerechnet zu sein scheinen) bei denen Erblichkeit in 37 Proc. nachweisbar war.

Ich selbst habe in den letzten 6 Jahren bei meiner Journalführung die Vererbungsmomente mit wachsender Sorgfalt eingetragen und bin zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Specielleres Augenmerk wurde in erster Linie auf die grosse Reihe von Schwerhörigkeiten gerichtet, welche ohne klinisch nachweisbare Entzündungserscheinungen verlaufen, bei denen also weder der Trommelfellbefund noch die Untersuchung der Mittelohrräume etwas Pathologisches ergiebt und nur durch die functionelle Prüfung die Art und der Sitz der Störung nachweisbar ist, das ist also vor allem einerseits der sogenannte trockene Mittelohrkatarrh ohne Einsenkungserscheinungen am Trommelfell und andererseits die nervöse Schwerhörigkeit. Eine dritte Reihe von Schwerhörigkeiten, bei welchen wir den Sitz durch die functionelle Prüfung noch nicht mit voller Sicherheit localisiren können, werden wir am besten zu den Mittelohraffectionen zählen.

Rechnen wir diese letzteren beiden Formen zusammen, so fanden sich in meinem 3jährigen Bericht von 1881—1883[2]) für die Mittelohrerkrankungen mit negativem Befund, welche 572 Fälle umfassen, 30,6 Proc., bei denen einfache oder mehr-

[1]) Klinik der Ohrenkrankheiten.
[2]) Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. XXI.

fache Belastung von Seiten der Ascendenten oder Geschwister vorlag, für die nervösen Formen aber, deren Zahl 204 betrug, eine Heredität von nur 21,3 Proc.

Entschiedener zu Gunsten der Mittelohraffectionen fällt meine gegenwärtig in Arbeit begriffene Zusammenstellung der Jahre 1884—86 aus, theils weil die Aufzeichnungen vollständiger sind, theils weil wir seitdem in der scharfen Differentialdiagnose zwischen Mittelohr- und nervöser Schwerhörigkeit Fortschritte gemacht haben.

Unter 500 Mittelohraffectionen fanden sich hier 43 Proc und unter 381 Affectionen des inneren Ohres 28,6 Proc. hereditär Belastete.

Noch viel grösser ergab sich endlich die Differenz bei einer allerdings kleineren Zusammenstellung[3]), welche nur ein Halbjahr umfasst, in welcher aber nur Fälle mit doppelseitiger Schwerhörigkeit und unzweifelhafter Diagnose Aufnahme fanden. Hier erhielt ich bei 49 Fällen von doppelseitiger Otitis media simplex chronica 59,2 Proc. und bei 26 doppelseitigen nervösen Schwerhörigkeiten nur 15,4 Proc. Heredität.

Ich glaube wohl, dass auf Grund dieser mit den Angaben von Moos und Anderen übereinstimmenden Ergebnisse ein Einfluss hereditärer Momente auf die meist im mittleren Lebensalter sich entwickelnden trockenen Mittelohrkatarrhe kaum angezweifelt werden kann, und es liegt somit eine weitere Erkrankungsform vor, für welche der Nachweis häufiger Heredität geliefert ist.

Aus dem Kölner Bürgerhospitale.

Beobachtungen über den Processus vermiformis als Inhalt einer Hernia cruralis.

Von Dr. *Brohl*.

Zu den selteneren und interessanteren Fällen von Schenkelhernien gehören wohl diejenigen, deren Inhalt der Proc. vermif. bildet. Dass dieser den einzigen Inhalt einer H. cruralis bilden kann und die Einklemmung desselben heftige typische Einklemmungserscheinungen hervorruft, sowie dass die Einklemmung gern zu Perforation und Eiterung im Bruchsacke führt, suchte, wie Kulenkampff (C. f. Chr. XII.) berichtet, vor drei Jahren Davies-Colley durch Veröffentlichung mehrerer Beobachtungen nachzuweisen. So legte er bei der Operation eines 38 Jahre alten Patienten, der an Einklemmungserscheinungen litt, eine kleine Femoralhernie frei, die den unveränderten Proc. vermif. und an seiner Spitze ein subperitoneales Exsudat enthielt. Im Bruchsacke einer incarcerirten H. crur. lat. d. eines bereits collabirten 47jährigen Patienten fand er 2 Unzen Serum und einen darmähnlichen, an der Wand adhärenten Knoten, der ausser übelriechendem Serum den gelb belegten, fleckigen Proc. vermif. einschloss. Bei einem 63 Jahre zählenden Manne, der leichte Einklemmungserscheinungen zeigte, fand sich ein bohnengrosser, harter Bruchsack und in diesem der gefaltete, verwachsene Proc. vermif.

Die Einklemmungserscheinungen fehlten vollständig bei dem an einer, den Proc. vermif. enthaltenden, rechtsseitigen Schenkelhernie leidenden 27 Jahre alten Patienten von Bayer. Dagegen klagte der Kranke über Schmerzen in der Geschwulst, die ausstrahlten in die rechte Bauchseite und in's rechte Bein, besonders in's Gebiet des N. saphenus. (C. f. Chr. XIII.)

Dass der Wurmfortsatz im Bruche enthalten sei, war in allen diesen Fällen vor der Operation ebensowenig erkannt worden, wie in dem Falle, den Danzel 1859 in der Zeitschrift für Aerzte zu Wien beschrieben hat. Es handelte sich nämlich um eine rechtsseitige Femoralhernie, bei der eine Eiterhöhle eröffnet wurde. Erst 12 Tage später stiess sich der bis dahin nicht entdeckte Proc. vermif. ab.

B. Schmidt erklärt sogar in seinem Werk »Die Unterleibsbrüche«, der Wurmfortsatz als alleiniger Bestandtheil des Bruches sei vor der Operation nie erkannt worden, während er allerdings bei derselben durch den Schenkelring vorgelagert, und dann gewöhnlich verwachsen gefunden worden sei von Cruveilhier, Heusinger, Luschka u. A.

Viel schwieriger wird die Diagnose, wenn die H. crur. von erkrankten Lymphdrüsen umgeben ist. Hat man doch schon, wie Rose im 14. Bande der Charité-Annalen zeigt, trotz sorgfältigster Würdigung der vorhandenen Symptome entzündete Lymphdrüsen für eingeklemmte Brüche gehalten.

In einem von uns beobachteten Falle verhält sich's folgendermassen:

Die 72 Jahre alte Wittwe D. hat 5mal normal geboren. Vor 7 Jahren hatte sie in der rechten Schenkelbeuge eine »Drüsenbeule«, die, mit Breiumschlägen behandelt, ausheilte. 2 Jahre später überstand sie im Bürgerhospitale eine Lungenentzündung. Sie will seitdem gesund gewesen sein bis vierzehn Tage vor ihrer neuen Aufnahme in's Hospital. Damals nämlich bemerkte sie in der Regio inguinalis d. eine kleine Geschwulst, die auf Breiumschläge hin nicht zurückging, vielmehr allmählig an Umfang zunahm, die Patientin beim Gehen behinderte und so Veranlassung gab zu ihrer Behandlung im Krankenhause.

Hier ergab die Untersuchung folgendes:

Die alte Frau leidet an leichtem chronischen Bronchialkatarrh, an geringer Atheromatose der Arterien und an Fluor senilis, der ihr keine bedeutenden Beschwerden bereitet. In der rechten Schenkelbeuge befindet sich eine höckerige Geschwulst, die in der Richtung der Leistenfalte eine Ausdehnung von 19 cm hat, während der zur Schenkelaxe parallele Durchmesser ungefähr 10 cm beträgt. Die Palpation weist an dem, in der Mitte der Geschwulst gelegenen, am meisten hervorragenden, fast hühnereigrossen Höcker Fluctuation nach, an andern Höckern Pseudofluctuation, die übrigen fühlen sich hart an und sind mit jenen und untereinander verwachsen. Die Percussion ergiebt über der ganzen Geschwulst Schenkelschall. Schmerzen im Gebiete des N. saphenus, peritonitische und enteritische Erscheinungen sind ebensowenig nachzuweisen, wie Schanker, Furunkel, Geschwüre, Excoriationen, Lymphgefässentzündung, kurz alles das, was zur Entstehung von Bubonen Anlass giebt.

Die Patientin verlangte die operative Behandlung der Geschwulst. Ihrem Wunsche wurde willfahren, da eine baldige Beseitigung des Bubo auf anderem Wege nicht zu erwarten war, eine lang dauernde Eiterung für die alte Frau höchst nachtheilig, die Operation hingegen äusserst leicht erschien, und schnell zu vollenden.

Am 24. Mai eröffnet ein Einschnitt entsprechend der Leistenfalte jenen Abscess und entleert übelriechenden Eiter. Der Schnitt wird nach beiden Seiten über die ganze Geschwulst hin verlängert. Alsdann gelingt es leicht, die theils vereiterten, theils nur geschwollenen Drüsen sammt dem infiltrirten Bindegewebe auszuschälen, bis auf eine Drüse, die hinter jenem Abscesse und vor dem Annulus cruralis liegt. Denn beim Versuche, sie zu entfernen, zeigt sich, dass sie festsitzt an einem Strange, der eingeschlossen ist vom Peritoneum und sich in den Schenkelcanal fortsetzt — an einem Bruchsack. Inzwischen nöthigen stärkere Venenblutungen zur Unterbindung der V. saphena. Dann wird der Bruchsack eingeschnitten; es findet sich als einziger Inhalt der Proc. vermiformis. Beim Versuche, ihn sammt seiner Hülle, dem Peritoneum, von der Drüse abzulösen, reisst er ein. Die in denselben eingeführte Sonde gelangt nach der einen Seite hin in's Coecum, nach der anderen in einen mit jener Drüse verwachsenen, bereits eröffneten Abscess, dessen Zusammenhang mit dem zuerst eröffneten Eiterherde nicht mehr festzustellen ist. In ihm liegt ein 9 mm langer, 4 mm breiter, 2 mm dicker Kothstein, der zweifellos durch eine am freien

[3]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde von Knapp u. Moos, Bd. XVII.

Ende des 8 cm langen Wurmfortsatzes gelegenen Oeffnung in die Eiterhöhle gelangt ist. Herr Dr. Kempermann unterbindet den Proc. vermif. 1 cm von seiner Mündung in den Blinddarm entfernt mit einem Seidenfaden und bringt den Stumpf nach Abtragung des diesseits der Unterbindungsstelle gelegenen Theiles durch den Schenkelcanal in die Bauchhöhle zurück. Alsdann wird der antiseptische Verband angelegt in der hier üblichen Weise.

Nach der Operation ist das Allgemeinbefinden der Patientin ein gutes. Sie erhält schleimige Nahrungsmittel und von Getränken besonders Wein und Milch. Vom 3. Tage an lässt sie den Urin unter sich gehen und entschuldigt sich mit der Angabe, sie habe nicht anders gekonnt. Vom 9. Tage an gehen Urin und Koth unwillkürlich ab. Vom 13. an zeigt die Kranke einige Unruhe, arbeitet mit den Händen am Verbande und in ihren Excrementen, verwechselt die mit ihr in Berührung kommenden Personen, trinkt sehr wenig und isst nur auf Aufforderung dazu. Der Puls ist nun unregelmässig und schwach, und zwar besonders am Morgen des 16. Tages, zeigt sich indessen nach einigen Gaben Champagner am Abende kräftiger. Am Morgen des 17. Tages nach der Operation tritt der Tod ein, und zwar an Erschöpfung. Die Temperatur ist nur dreimal übernormal gewesen, nämlich 38,3° C. am 1., 2. und 3. Abende.

Eine Lungen-, Darm- oder Bauchfellentzündung, überhaupt eine acute, das Leben gefährdende Erkrankung war an den 17 Tagen nicht nachzuweisen. Die Wunde sah sehr gut aus. Nur ein einziges Mal, nämlich am 6. Tage, war es nöthig, ein paar abgestorbene Gewebsfetzen zu entfernen.

Die Section konnte leider nicht stattfinden.

In unserem Falle liegt nichts vor, was vor der Operation die Diagnose einer H. cruralis oder gar einer Hernie des Wurmfortsatzes gerechtfertigt hätte. Fehlten doch auch die irradiirten Schmerzen im Gebiete des N. saphenus, die nach Bayer sehr für eine Hernie des Proc. vermif. sprechen, dagegen bei der gewöhnlichen Cruralhernie vermisst werden. Während der Operation ist nicht allein die Verlagerung des Wurmfortsatzes erkannt worden, sondern auch die Ursache des Bubo. Denn es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass jener Kothstein die Verwachsung des Wurmfortsatzes mit dem Peritoneum parietale, mag diese nun vor oder nach der Verlagerung stattgefunden haben, die Verwachsung des Bruchsackes mit der vor dem Annulus cruralis gelegenen Drüse, die Perforation des Proc. vermif., die Abscessbildung, die Entzündung der Leistendrüsen und des umgebenden Bindegewebes herbeigeführt hat. Das Bemerkenswertheste an unserem Falle aber ist, dass die Patientin bei der Darmperforation keine Beschwerden gehabt hat, sowie das Zusammentreffen eines Bubo inguinalis mit einer Hernia cruralis, deren einziger Inhalt der Processus vermiformis bildet; eine Erscheinung, die nach der mir zugänglichen Literatur zu urtheilen, noch nicht beschrieben worden ist. Sie verdient daher wohl die Veröffentlichung in einer medicinischen Zeitschrift. Die Berechtigung hierzu verdanke ich Herrn Prof. Dr. Bardenheuer.

Aus der Dr. Königshöfer'schen Augenklinik zu Stuttgart.

Beitrag zur Casuistik der angeborenen Defecte der Lider.

Von Dr. *Albrecht Brinkmann*,
I. Assistenzarzt an der Universitäts-Augenklinik in Strassburg.

Von den bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fällen von angeborenem Colobom der Augenlider betreffen nur 5 die Oberlider beider Augen, dagegen finden sich 12 Veröffentlichungen von solchen Fällen, bei denen das angeborene Lidcolobom nur ein oder beide Lider desselben Auges betraf.

Im Vergleich zu dem ungleich häufigeren Sitz des Coloboms an anderen Theilen des Gesichts ist das Lidcolobom an und für sich zu den Seltenheiten zu rechnen; zu den grössten gehören sicherlich die Fälle eines vollständig symmetrischen Defectes an den sich entsprechenden Hälften der oberen Lider beider Augen.

Einen solchen Fall habe ich zu beobachten Gelegenheit gehabt; wenn derselbe in einigen Punkten mit dem einen oder dem anderen der 5 beschriebenen Fälle Aehnlichkeit hat, so ist doch das Bild des meinigen ein in mancher Beziehung abweichendes. Zunächst soll eine ausführliche Beschreibung desselben folgen.

Das $^1/_4$ Jahr alte Kind männlichen Geschlechts stammt aus gesunder Familie, in der nie Missbildungen vorgekommen sind. Die Eltern leben beide und sind gesund, 2 von 6 Geschwistern sind gestorben, doch waren dieselben, ebenso wie die noch lebenden, alle wohlgebildet. Der Knabe selbst wurde mit gleich näher zu beschreibender Missbildung geboren; der Patient ist ein im übrigen wohlgebildetes Kind, leidlich ernährt und gesund aussehend. Gleich nach der Geburt bemerkten die Eltern desselben, dass die Augenlider nicht in gewöhnlicher Weise entwickelt seien, dass vielmehr die innere Hälfte beider oberen Augenlider fehle.

Von den oberen Lidern ist beiderseits nur etwa die Hälfte vorhanden und zwar die äussere laterale, während die mediale auf beiden Augen vollständig fehlt; auf dem rechten Auge ist der Defect ein klein wenig grösser als auf dem linken Auge; denn während rechts der vorhandene Lidrand des oberen Lides 15 mm misst, beträgt die Länge desselben links 17 mm, beiderseits gemessen von der äusseren Commissur bis zu der Stelle, wo das Colobom anfängt. Der Winkel, den das Colobom mit dem vorhandenen Lidrand bildet, ist kein scharf abgegrenzter, sondern die Uebergangsstelle ist beiderseits abgerundet. Der Verlauf des Coloboms im Lid selbst ist ein gerader, jedoch so zur sagittalen Achse des Körpers geneigt, dass die Richtungslinien, beiderseits verlängert, sich auf der Stirn, ungefähr an der Grenze der behaarten Kopfhaut, treffen würden. Die Ränder des Coloboms sind beiderseits vollkommen glatt und ein wenig geschwellt, wie überhaupt der vorhandene Theil des Lides.

Während links an der Stelle, wo die innere Lidhälfte fehlt, die Haut glatt ist, kann man rechts an der nämlichen Stelle einen kleinen Hautwulst sehen, der sich gerade in der Richtung des Ansatzes des Oberlides bis zur inneren Commissur fortsetzt und ein Aussehen darbietet, als ob er der Rest der nicht vollständig zur Entwickelung gelangten und nachher zusammengeschrumpften inneren Lidhälfte sei.

Ferner ist es auffallend, dass an der Stelle, wo die innere Hälfte des oberen Lides fehlt, die äussere Haut sich durch einen Uebergangstheil, der in seiner Structur die Mitte zwischen Conjunctiva und äusserer Haut hält und in seinem Aussehen sehr der Conjunctiva bulbi gleicht, nicht nur auf die Conjunctiva bulbi, sondern rechts auch auf die Cornea fortsetzt. Es handelt sich hier meiner Ansicht nach um eine Verschmelzung, indem die rudimentär entwickelte Conjunctiva des in der Entwicklung zurückgebliebenen medialen Stückes des Oberlides mit der Cornea in der Art eines Pterygiums verwachsen ist; die Art der Verwachsung ist eine ziemlich innige und feste, denn man kann zwar von beiden Seiten her einige Millimeter mit einer feinen Sonde vordringen, allein nirgendwo ist man im Stande, die Sonde durchzuführen. Die Breite des Symblepharons, durch welches die Beweglichkeit des Bulbus nach unten sehr beschränkt ist, nimmt ab, je mehr man sich, am Supraorbitalrande anfangend, dem Bulbus und der Cornea nähert. Dasselbe inserirt sich rechts hart am inneren oberen Pupillarrand, etwa 2 mm von demselben entfernt in einer halbmondförmigen Gestalt von 6 mm Breite, links endigt dasselbe mehr in einem spitzen Winkel und bedeckt den inneren oberen Quadranten der Cornea nicht in so ausgedehntem Maasse, indem es den Limbus corneae kaum um 3 mm überzieht.

Der vorhandene Theil des oberen Lides ist normal entwickelt, auch kann man sich mit Leichtigkeit von einer ziemlich kräftigen Wirkung des Musculus levator palpebrarum überzeugen. Beim Ectropioniren fühlt man den Tarsus und sieht auch die Ausführungsgänge der Meibom'schen Drüsen. Die Secretion

der Thränenflüssigkeit scheint ebenfalls eine normale zu sein, weswegen man keinen Grund hat, an dem Vorhandensein der Thränendrüsen zu zweifeln. Der Abfluss der Thränen, soweit ich es zu constatiren im Stande war, erfolgt nur durch den unteren Thränenpunkt, da ich mich nicht mit Gewissheit von der Existenz des oberen Thränenpunktes überzeugen konnte. Man sieht allerdings oberhalb der bedeutend vergrösserten Caruncula lacrymalis auf der Haut des Orbitalrandes eine kleine Vertiefung; eine Sondirung war nicht statthaft.

Die Form des Bulbus ist übrigens beiderseits eine völlig normale, irgend welche Abnormität ist nicht zu constatiren; dieselben sind an beiden Augen gleich stark entwickelt und prominent, auch sind die Augen überall hin beweglich mit Ausnahme der Richtung nach unten, woran sie durch die schon beschriebene Hautverwachsung gehindert sind. Da sich infolge des mangelhaften Lidverschlusses bald nach der Geburt auf der Cornea beider Augen Geschwüre gebildet haben, die jedoch unter zweckentsprechender 14 tägiger Behandlung heilten, so ist auf der Cornea beider Augen eine ziemlich dichte, weisse, rundliche Trübung zurückgeblieben.

Während dieses Leukom, das im Durchmesser 2,5 resp. 3,5 mm misst, rechts im Centrum der Cornea seinen Sitz hat, hat es auf dem linken Auge das Pupillargebiet völlig freigelassen und befindet sich dort am inneren oberen Rand der Cornea.

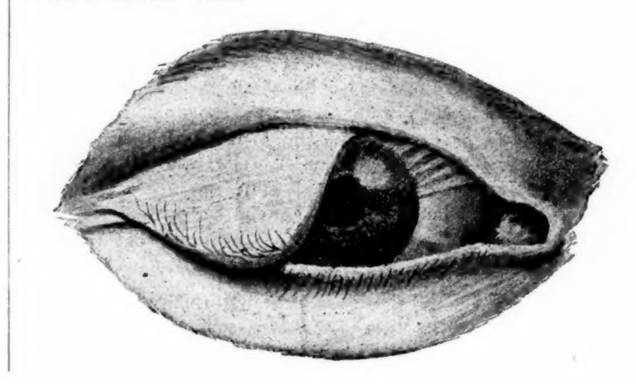
Die Iris, die auf beiden Augen eine hellblaue Färbung besitzt, zeigt ebenso wie die beiderseitige vordere Kammer nichts unnormales; auch ist das Sehvermögen des Kindes, soweit es nicht durch die Hornhauttrübungen beeinträchtigt ist, ein anscheinend normales.

Die Augenspiegeluntersuchung, die in diesem Falle nur auf dem linken Auge vorgenommen werden konnte, weil die vorhandenen Hornhauttrübungen den Einblick in das rechte Auge nicht gestatteten, ergab normale Verhältnisse und war von einer Fortsetzung des Coloboms auf die einzelnen Theile des Augenhintergrundes nichts zu constatiren. Die Untersuchung im aufrechten Bild liess einen leicht hypermetropischen Refractionszustand erkennen.

Für gewöhnlich, d. h. im wachenden Zustand des Kindes, ist die Stellung des vorhandenen Theiles der beiden Oberlider eine derartige, dass dieselben ohne jegliche oder jedenfalls nur unter sehr geringer Anspannung des Levator palpebrae superioris sich einfach auf den Rand des unteren Lides aufstützen; eigentlich gehoben werden die Oberlider nur dann, wenn irgendwie die Aufmerksamkeit des Kindes erregt wird. Während des Schlafes tritt ein solch intensiver Schluss der Lidspalte ein, dass die Oberlider noch einen Theil der Unterlider decken und sich dieselben förmlich über die unteren hinweglegen.

Durch diese fortwährende Reizung der Conjunctiva palp. sup. befindet sich dieselbe fortwährend im Zustand eines chronischen Katarrhs.

Das Genauere der Verhältnisse ist aus der beigegebenen Abbildung ersichtlich, welche nach der Skizze eines hiesigen Künstlers angefertigt ist und die geschilderten Verhältnisse so klar vor Augen führt, dass ich von einer Beschreibung derselben Abstand nehmen kann.



Tabellarische Zusammenstellung der einseitigen Lid-Colobome.

	Autoren	Geschlecht	Sitz und Grösse des Lides	Anomalie der Bulbus	Geschwüre, Leucome oder Maculae corneae	Herüberwachsen einer Hautbrücke auf d. Bulbus, Dermoidgeschwülste	Gesichtspalte	Erklärung
1	Mayor	männlich	Linkes Oberlid	—	—	Verdickung der Conjunctiva, die vom Col. aus gegen den Cornealrand zieht	—	—
2	Beer	männlich	Linkes Oberlid	Cornea kegelförmig	—	—	—	—
3	Heyfelder	männlich	Linkes Oberlid, die Spalte gross bis in die Hälfte d. Lides	Das obere Bulbussegment flacher als das untere. Col. iridis	—		Links Hasenscharte an der Oberlippe	—
4	v. Ammon	männlich	Linkes Oberlid, einige Linien tief u. ebenso breit	Mikrophthalmus	—	siehe Mayor	—	—
5	Cuvier	männlich	Rechtes Unterlid, 8 mm lang, 4 mm breit	—	—	siehe Mayor	—	—
6	v. Graefe	männlich	Linkes Oberlid, $1^1/_2$''' hoch, 4''' breit	—	—	Dermoidgeschwülste an der Hornhautgrenze	Lippenspalte und Colob. d. linken Nasenspitze	—
7	Becker	weiblich	Linkes Oberlid, 13 mm lang	—	Maculae corneae	Hautlippe zwischen den Lidspalten und Dermoidgeschwülste	—	Vitium primae formationis
8	Horner	männlich	Rechtes Oberlid	—	Ulcus corneae Leucoma	—	—	—
9	Wecker	männlich	Rechtes Oberlid, 3—4 mm hoch	—	—	Hautlippe zw. Colobom. Dermoidgeschwülste an der Hornhautgrenze	—	Hemmungsbildung
10	Seely	männlich	Unterlid	—	—	—	Kieferlippenspalt	—
11	Pflüger	männlich	Linkes Unterlid, 1 cm breit, 12 mm hoch	—	—	—	Hasenscharte ohne Gaumenspalte	Hemmungsbildung
12	Kraske	weiblich	Rechtes Unterlid, 2/3 des unteren Lidrandes lang	—	—	—	Lippenspalte und Gesichtsspalte	—

Wie ich schon in der Einleitung anführte, sind bis jetzt erst 5 Fälle von doppelseitigem Colobom der Oberlider bekannt. Einseitige Colobome, die theils das Unter- und theils das Oberlid eines Auges betreffen, oder die auch an beiden Lidern desselben Auges ihren Sitz haben, sind bis jetzt 12 bekannt und zwar sind dieselben beschrieben von 1) Mayor, 2) Beer, 3) Herzfelder, 4) v. Ammon, 5) Cuvier, 6) Gräfe, 7) Becker, 8) Horner, 9) Wecker, 10) Seely, 11) Pflüger und 12) Kraske.

Was die klinischen Erscheinungen bei dem einseitigen Lidcolobom betrifft, so sind dieselben in beifolgender Tabelle sichtlich geordnet.

Anscheinend wird diese Anomalie häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht beobachtet; während es nach beistehender Tabelle 10mal bei jenen vorkommt, finden wir es nur 2mal bei weiblichen Individuen. Auch scheint das Colobom vorwiegend am Oberlid seinen Sitz zu haben und gerne mit anderen Gesichtsspalten einherzugehen, denn nicht weniger als 5 mal ist das einseitige Lidcolobom mit Lippen- oder anderen Gesichtsspalten verbunden. (Schräge Gesichtsspalte Alchel's: Lehrbuch S. 197.) Mit Ausnahme der von Seely, Pflüger und Kraske beobachteten Fälle kann man überall eine Anomalie um Bulbus constatiren.

Theils treffen diese Unregelmässigkeiten die Form des Augapfels selbst, wie z. B. v. Ammon uns denselben als Mikrophthalmus beschreibt, theils wird aber auch eine Anomalie desselben dadurch hervorgebracht, dass von dem Colobom aus eine kleine Hautbrücke auf den Bulbus übergeht und dort mit der Conjunctiva oder Cornea fest verwächst, oder es wird des Wachsthums kleiner Dermoidgeschwülste Erwähnung gethan, die sich an der Hornhautgrenze und dem Liddefecte entwickeln. Herzfelder allein fand bei dem Lidcolobom auch ein Colobom der Iris, und bei Gräfe findet sich das Colobom an beiden linken Lidern. Doppelseitige Colobome wurden von 1) Manz, 2) Gilette, 3) Streatfield, 4) Schleich und 5) Nuel beobachtet.

Manz giebt von der von ihm beobachteten Abnormität in der Entwickelung der oberen Augenlider am eingehendsten und ausführlichsten eine Schilderung.[1])

Nachdem Manz als Motiv zur Veröffentlichung nicht nur die Seltenheit des zur Beobachtung gelangten Falles, sondern auch die Belehrung, welche nach seiner Ansicht daraus für eine Periode der Entwickelung des Auges genommen werden kann, angegeben, geht er zur Beschreibung selbst über.

Der mit jener Abnormität behaftete junge Mann von 18 Jahren befand sich seit längerer Zeit im Freiburger Blindeninstitut. Der Wuchs des A. Sch. ist ein durchaus normaler, ebenso wie auch sein körperliches Befinden ein gutes ist. Von 5 Geschwistern, welche er hat, erfreuen sich alle guter Augen und einer normalen Körperbildung; auch von seinen Eltern weiss Sch. nichts anderes. P. trägt seinen Kopf immer gesenkt, da er Blendung befürchtet.

Die sich an den Oberlidern beider Augen darbietende Missbildung ist nun kurz folgende: Vom oberen Lid ist beiderseits nur etwa $^1/_3$ vorhanden, die medialen $^2/_3$ fehlen fast vollständig; der Theil des zur Entwickelung gelangten Augenlides ist beiderseits regelmässig gebaut, es findet sich Tarsus und Cilien vor, ausserdem kann man einige unregelmässige Mündungen der Meibom'schen Drüsen erkennen, sowie sich auch durch die kräftige Hebung des Lides von dem Vorhandensein des Musculus levator palpebr. sup. überzeugen. Eine weitere Abnormität besteht nun darin, dass an der Stelle, wo die innere Hälfte des oberen Lides fehlt, ein Hautlappen zum Vorschein kommt, der in der Richtung von oben und innen sich auf die Hornhaut übersetzt, mit welcher es zum grossen Theil ebenso wie mit der Conjunctiva bulbi so innig verwächst, dass es unmöglich ist, eine feine Sonde dazwischen durchzuführen. Abgesehen von der Beschaffenheit der Cornea und ihres Gewebes ist auch die Form derselben eine durchaus ungewöhnliche, indem sie eine sehr niedrige Pyramide mit breiter unebener Spitze darstellt.

Während ausserdem der obere Theil von dem Hautlappen bedeckt ist, ist auch nur die Randpartie der freien Hornhaut durchscheinend und von corneaähnlichem Aussehen, denn alles Andere ist von einem rissigen, weisslich grauen, trüben Epithel bedeckt, das sich bis in die Epidermis der Augenbrauengegend fortsetzt. In der Nähe dieses Ueberganges findet sich rechts eine Reihe von feinen, kurzen Härchen, die sich bis ungefähr zum oberen Thränenpunkt erstreckt, links dagegen sind nur einzelne ganz kleine zu erkennen. Ausserdem ist die Cornea beider Augen mit einem dichten Gefässnetz durchzogen, so dass von der Iris nur ein schwacher, bräunlich blauer Schimmer zu sehen ist.

Die Conjunctivae beider Lider sind katarrhalisch geschwellt und zeigen ein Ectropium am unteren Lid; während infolge dessen der untere Thränenpunkt sehr schwer zu finden ist, kann man den oberen leicht sehen und constatiren, dass auch das Thränenröhrchen permeabel ist. Die Thränendrüsen müssen vorhanden sein, da P. schon öfters geweint hat. Die Beweglichkeit der Bulbi ist wegen der ziemlich stark entwickelten Hautbrücke eingeschränkt und zwar besonders für jedes Auge einzeln nach aussen und unten. Um einen vollständigen Lidschluss zu erzielen, muss P. die Haut von allen Seiten stark herbeiziehen und zu gleicher Zeit das untere Lid heben, wobei dann der Rand des Oberlides über dasselbe herunterhängt.

Das Sehvermögen des P. ist natürlich bedeutend herabgesetzt und ist derselbe nur im Stande, Finger auf ungefähr 1 m Entfernung zählen zu können, jedoch ist eine weitere Herabsetzung nicht zu befürchten, da er angiebt, in der Kindheit viel schlechter als jetzt gesehen zu haben.

Nachdem Verfasser so eine übersichtliche Beschreibung der Missbildung gegeben, geht er dazu über, zu erklären, wie diese Anomalie entstanden sein kann. Die vollkommene beiderseitige Symmetrie, was sowohl Sitz als Grösse anbelangt, spricht ebensowohl gegen einen dort post partum als intrauterin abgelaufenen pathologischen Process, so dass nichts anderes übrig bleibt, als dieselbe einfach als eine Missbildung im engeren Sinne aufzufassen, und die Erklärung dafür in der Entwickelung des Sehorganes und seiner Adnexa zu suchen. Die gewünschte Erklärung kann jedoch wegen der vielen Lücken, die heute noch in der Entwickelungsgeschichte des Auges offen sind, leider nicht mit der Gewissheit und Schärfe abgegeben werden, wie sie wohl nöthig wäre.

Die Bildung der Augenlider wird von den meisten Autoren in den dritten Monat verlegt, zunächst bildet sich das Unterlid und dann folgt das Oberlid; der Bulbus ist hierauf concentrisch von beiden umschlossen, bis sich eine querliegende Augenlidspalte bildet, die zunächst klafft, nachher gegen Ende des dritten Monats sich jedoch mit ihren freien Rändern aneinanderlegt. Nach Schweigger und Seidel's neueren Forschungen soll sich eine Epidermisschicht dazwischen eindrängen, die zur Bildung der Cilien und Meibom'schen Drüsen führt.

Da nun somit zu keiner Zeit das Oberlid aus 2 seitlichen Hälften entsteht, so kann man aus der Existenz einer senkrechten Lidspalte auf das Stehenbleiben einer früheren Entwickelungsstufe schliessen. Wenn daher ein solcher Fall zur Beobachtung kommt, so kann das Fehlen eines Lidtheils nur darin seinen Grund haben, dass sich seiner rechtzeitigen Entwickelung ein Hinderniss in den Weg stellt, was in diesem Falle die Verbindung der äusseren Haut mit der Cornea und Sclera der beiden Bulbi ist, und dass dies möglich ist, kann man leicht erklären, wenn man sich nur der Ansicht v. Kölliker's anschliesst, dass in der primitiven Körperhülle, die die primäre Augenblase überzieht, auch Cutis vorhanden sei. Während nun für gewöhnlich dieser Theil des Körperüberzuges, der

[1]) Archiv für Ophthalmologie XIV. 2.

das Auge deckt, zu Grunde geht, oder eine solche histologische Umwandlung erleidet, dass Bindehaut daraus entsteht, ist hier die histologische Veränderung in der Weise vor sich gegangen dass Cutis daraus entstanden ist, wesshalb denn auch nothwendigerweise an der Stelle ein Defect im oberen Lide entstehen musste, dort wo keine Hautbrücke vorhanden war, finden wir normale Lidentwickelung. Auf die Gestaltung und Entwicklung des Bulbus selbst, ist auch in anderen Fällen der obere Entwickelungsvorgang ohne Einfluss geblieben; auch spricht das relativ gute Sehvermögen dafür, dass im Innern desselben ebenfalls keine grossen Missbildungen vorhanden sind. Hierauf wiederholt Verfasser ganz kurz seine Ansicht über das Wesentliche der beschriebenen Missbildung und geht dann zur Betrachtung der einschlägigen Literatur über. Aeltere Fälle, bei denen die Haut von der Stirne ununterbrochen und unverändert in die Wange fortging, wurde von Vicq d'Azyr, Sprengel und Rudolfi beschrieben. Gänzlicher Mangel der Lider (Ablipharie) wurde mehreremale, jedoch in Verbindung mit Anophthalmie oder einem verkümmerten Bulbus beobachtet.

Der Autor geht dann dazu über, der früher beobachteten Fälle von einseitigem Lidcolobom Erwähnung zu thun und die einzelnen Unterscheidungsmomente hervorzuheben und zusammen zu stellen.

Da ich jedoch eine tabellarische Uebersicht der einseitigen Colobome gab, so ist es nicht nöthig, Manz hierin weiter zu folgen.

Zum Schlusse seiner Arbeit sieht sich Manz nach den Erklärungen um, die zur Entstehung dieser Missbildung beigebracht sind; alle bisherigen Beobachter geben dieser Erscheinung den Namen »Hemmungsbildung«. Diese Bezeichnung jedoch verwirft Verfasser ebenso wie Becker, der sie vitium primae formationis (worunter man sich allerdings nicht viel anderes denken kann) nannte, und nur in dem Sinne kann der Ausdruck Hemmungsbildung hier Anwendung finden, als die Bildung der Lider durch die abnorme Metamorphose der primitiven Körperhülle am Sehorgan gehemmt wurde.

Ueber die anderen Fälle von doppelseitigem angeborenen Lidcolobom werde ich ein kurzes Referat geben, wie ich es im Jahresbericht für Ophthalmologie vorfinde.

Gilette[2]) beobachtete bei einem Knaben diese Missbildung. Wie in anderen Fällen, so ist auch hier die ziemlich breite Spalte im medialen Theile des Lides und durchsetzte seine ganze Dicke. Rechts fehlte der Thränenpunkt; über den Zustand der Cornea und Conjunctiva wird nichts berichtet, dagegen die Vermuthung ausgesprochen, dass diese Hemmungsbildung in einem unvollständigen Schluss der obersten Kiemenspalte ihren Grund habe.

Streatfield[3]) giebt eine schon vor längerer Zeit aufgenommene Abbildung eines etwa 40jährigen Weibes, welches ebenfalls mit einer doppelten abnormen Lidspalte behaftet war.

Da Streatfield keine Notizen darüber gemacht hatte, so ist die Beschreibung wohl keine ganz genaue, doch geht aus der Zeichnung hervor, dass die Spalte beiderseits im medialen Drittel des Oberlides sass und rechts eine doppelte, mit einem zungenförmigen Mittelstück versehene war. Von einer Verbindung mit der Bulbusoberfläche wird nichts gesagt, dagegen die Abwesenheit jeder anderen Missbildung, sowie irgendwelcher Reizerscheinung hervorgehoben. Als abnormal pendalons folds der Conjunctiva bezeichnet Streatfield eine Bindehautfalte, welche auf dem rechten Auge eines Knaben unter dem temporalen Theile des Oberlides lag und, etwas dicker als eine Verdoppelung der Conjunctiva, bis in die Reihe der Cornea herabhing, ohne jedoch deren Rand zu erreichen; die Falte wurde abgetragen, aber nicht mikroskopisch untersucht.

Der 4. Fall ist von Schleich[4]) beschrieben. Auf der Tübinger Augenklinik stellte sich ein 27jähriger Mann vor, welcher mit einem angeborenen Colobom beider Oberlider behaftet war.

In der von Schleich gegebenen Beschreibung findet sich zunächst anamnestisch keine ähnliche Anomalie in der Familie. Die Mutter that in der Mitte der Schwangerschaft einen schweren Fall, wobei sie sich an der Stirn verletzte. Die Sehschärfe, seit längerer Zeit unverändert, ist $R = {}^5/_4$, $R = {}^5/_{60}$ mit Concav 1,0 D. Der Defect in beiden Oberlidern von ungefähr gleicher Lage und Ausdehnung. Die Breite beträgt 8 mm, die Höhe 5 mm, trägt keine Wimpern, die sonst die normalen Lider in regelmässiger Weise umsäumen. Der Spalt geht, wie deutlich zu fühlen, auch durch den Tarsus. Von der Innenfläche des Coloboms ziehen zwei Schleimhautfalten zum Bulbus herüber. Links im unteren äusseren Quadranten der Hornhaut eine Art Pterygium; die Cornea sowie die inneren Theile des Auges sind im übrigen normal. Ueber dem Liddefect unter dem Supraorbitalrand an einer unbehaarten Stelle sitzt eine rundliche linsengrosse Warze, mit einigen braunen Haaren besetzt. Von derselben ziehen zwei Haarreihen in schräger Richtung bis zur Grenze des Kopfhaares. Ueber der Nasenwurzel fühlt man eine kleine Depression des Stirnbeines. Rechts ist die Lidspalte viel seichter, die übrigen Verhältnisse aber der linken Seite analog.

Schleich gibt nun eine Zusammensetzung der publicirten Fälle von Colob. palpebr. congenit. und angeborener Gesichtsspalte, unter welchem die von Manz beschriebene dem vorliegenden mit am nächsten kommt. Bemerkenswerth ist namentlich mit Bezug auf die von Kraske (s. Brl. pro. 1876 pg. 222) gegebenen Erläuterung der Entstehung der Missbildung, dass Anomalien des Thränenapparates nur da sich fanden, wo die Spalte dem unteren Lide angehörte, (v. Graefe, Pflüger, Seely, Kraske, Talhi) für welche Fälle Verfasser jene Deutung acceptirt, während er für die übrigen eine allgemeine Entscheidung für die von Wecker oder von Manz aufgestellten Hypothesen nicht geben kann.

Der von Nuel[5]) beobachtete Fall eines doppelseitigen Coloboms palpebr. super. gleicht in fast allen Stücken so sehr dem von Manz beschriebenen (v. Graefe, Archiv f. Ophthalmol. XIV. 2), dass, wie Verfasser sagt, die Abbildung des einen Falles für die des anderen genommen werden könnte.

Nuels Patient war ein übrigens ganz gesunder junger Mann von 20 Jahren. Schädel wohlgeformt, nur etwas flach, Nasenspitze zeigt eine deutliche Zweitheilung, Sehvermögen nur Lichtschein mit guter Projection. Die inneren ${}^2/_3$ der oberen Augenlider fehlen vollständig, das äussere ist ziemlich normal gebaut. An jener Stelle zieht dagegen ein anfänglich ziemlich derber Hautlappen von der Stirn über den Bulbus herab, der mit seiner Unterlage fest verwachsen, die obere Hälfte desselben bedeckt, und von der Cornea nur ein ganz schmales unteres Segment frei lässt, durch welches man die Iris undeutlich erkennt, die Hautbrücke über der Cornea ist zart, etwas gefaltet, und trägt Blutgefässe. Die Thränenpunkte und Thränencanülchen sind oben und unten vorhanden, der obere bildet sogar noch ein kleines Lidrudiment, beide münden in den Thränensack. (Dieser Befund spricht keinesfalls für die Entstehung des Coloboms aus einer mangelhaft verschlossenen Thränenrinne (Kraske, Manz).

Die Rudimente der Oberlider bewegen sich beim Lidschluss lebhaft, das Unterlid hebt sich dabei sehr hoch; der Musc. levat. palpebr. super. scheint dagegen zu fehlen.

Unter dem Colobom fehlten die Augenbrauen, nach aussen und innen von ihm sind sie vorhanden. In jene Lücke herein schiebt sich mit einer Spitze ein von der Stirne herabsteigendes

---

[2]) Jahresbericht für Ophthalmologie 1873. 4. pg. 212.
[3]) Jahresbericht für Ophthalmologie 1873. 4. pg. 212.
[4]) Jahresbericht für Ophthalmologie 1880. 11. pg. 209.
[5]) Jahresbericht für Ophthalmologie 1881. 12. pg. 247.

Haarbüschel, welches man für die nach oben gezogenen Augenbrauen halten muss. Ein Stück der Hautbrücke, welches Verfasser excidirte, enthielt ein gefässreiches Bindegewebe, veritable Hautpapillen und eine Epidermisdecke. Drüsen und Haarstücke wurden nicht gefunden.

Bei seinen operativen Versuchen geschah es Nuel, dass er die vordere Kammer öffnete, und sich dabei überzeugte, dass die Cornea sehr gefässreich war.

Im Gegensatz zu den Erklärungsversuchen von Wecker und Manz betrachtet Verfasser das Lidcolobom als das Primäre bei der Genese der fraglichen Missbildung, die Hautbrücke, als das Secundäre, was er ausführlicher zu beweisen sucht, ohne dabei die Ursache der Defectbildung im Augenlid angeben zu können. Die neue Hypothese der Genera des Coloboms von Kraske scheint ihm nicht annehmbar. Eine Beziehung der eigenthümlichen Haarbüschel an den Seitentheilen der Stirn zu der Brauenbildung ist wahrscheinlich, aber nicht näher zu bezeichnen. Die bei Lidcolobomen öfter beobachteten Tumoren auf dem Bulbus betrachtet Verfasser als eine gesteigerte Entwickelung der unbedeckten Conjunctiva, er erinnert in dieser Beziehung an eine vor Jahren von Ryba aufgestellte Hypothese der Dermoidbildung am Bulbus; solche Geschwülste können auch wieder verschwinden und fehlen daher in vielen Fällen am Lidcolobom.

Auch hier will ich eine tabellarische Uebersicht über die doppelseitigen Lidcolobome hinzufügen, weil dadurch sowohl die unterscheidenden als auch die übereinstimmenden Merkmale am deutlichsten hervortreten.

Tabellarische Zusammenstellung der doppelseitigen Lid-Colobome.

	Autoren	Geschlecht	Grösse des Colob.	Vorhandensein einer Verwachsung mit der Bulbusoberfläche	Conjunctiva bulbi	Cornea bulbi	Sehvermögen	Erklärung der Missbildung
1	Manz	männlich	Der Liddefect beträgt beiderseits 2/3 des Oberlides	Verwachsung eines Hautlappens mit d. Bulbusoberfläche	Verwachsung der Conjunct. bulb. mit dem Hautlappen	Cornea beiderseits fast völlig vom Hautlappen überwachsen. Epithel getrübt, rissig, sie bildet eine sehr niedrige Pyramide mit breiter unebener Spitze	Fingerzählen auf ungefähr 1 Meter	Die Missbildung ist entstanden durch abnorme Metamorphose der das Auge bedeckenden primitiven Körperhülle.
2	Gilette	männlich	Grössenangabe fehlt. Ziemlich breite Spalte im medialen Theile der Lider	—	—	—	—	»Hemmungsbildung« entstanden durch unvollständigen Schluss der obersten Kiemenspalte.
3	Streatfield	weiblich	Grössenangabe fehlt. Sitz im medialen Theile des Lides. R. doppelte Spalte mit einem zungenförmig. Mittelstück	—	—	—	—	—
4	Schleich	männlich	Breite 8 mm, Höhe 5 mm	Von der Innenfläche des Col. ziehen zwei Schleimhautfalten zum Bulbus herüber	—	Links im untern Quadrat ein Pterygium	RS = 5/4, LS = 5/60 } M 1,0 D	—
5	Nuel	männlich	Die inneren 2 Drittheile fehlen vollständig	Verwachsung eines Hautlappens mit d. Bulbusoberfläche	Die obere Hälfte der Conjunctiv. bulb. mit dem Hautlappen verwachsen.	Cornea fast völlig überwachsen von dem Hautlappen.	Lichtschein mit guter Projection	Das Primäre der Missbildung war das Colobom, dann erst entstand die Hautbrücke.
6	Brinkmann	männlich	Die innere Hälfte in beiden Oberlidern fehlt vollständig	Vorhandensein einer kleinen Hautbrücke, die auf die Bulbusoberfläche überzieht.	Im oberen Quadrat ist die Conjunctiva mit der Hautbrücke verwachsen.	Rechts centrales Leukom. Die Hautbrücke überzieht d. äusseren Rand der Cornea. Links normal.	Rechts bedeutend herabgesetzt durch das centrale Leukom. Links normal.	—

Betrachten wir nun zum Schluss die von den verschiedenen Autoren aufgestellten Hypothesen, um das Entstehen der Missbildung zu erklären auf die Stichhaltigkeit und Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit, so muss ich offen gestehen, dass ich mich keinen von allen diesen anschliessen kann, ebensowenig jedoch bin auch ich aus den gleichfolgenden Gründen im Stande eine richtige Erklärung dafür beizubringen.

Manz kommt am Schlusse seiner Arbeit zu dem Resultat, der Liddefect sei dadurch entstanden, dass die ursprüngliche Körperhülle, die die Augen bedecke durch abnorme Metamorphose die Bildung des Lidstückes an jener Stelle gehemmt habe. Das Herüberwachsen eines Hautlappens sei somit das Primäre gewesen, während die Bildung des Coloboms als secundäre Erscheinung aufzufassen sei.

Gerade das Gegentheil behauptet Nuel; nach ihm war zuerst der Defect an den Lidern da und als secundäre Erscheinung entwickelte sich eine Hautbrücke mit den vorhin beschriebenen Eigenschaften.

Während diese beiden Autoren sich direct in der Annahme des Entstehungsgrundes widersprechen, fasst Gilette die Genese der Missbildung als Hemmungsbildung in dem Sinne auf, dass dieselbe durch unvollständigen Schluss der obersten Kiemenspalte entstanden sei.

Sämmtliche hier angegebenen Thesen führen somit zu ganz widersprechenden Resultaten und meiner Ansicht nach aus dem Grunde, weil die Frage über die normale Entwickelung der Lider noch nicht so befriedigend beantwortet ist, wie dies bei anderen Organen des menschlichen Körpers der Fall ist.

[6]) Nachdem meine Arbeit abgeschlossen und dem Druck übergeben worden, veröffentlichte Schiess-Hemmens einen analogen Fall, den ich leider nicht mehr berücksichtigen konnte.

Feuilleton.

Die Syphilis in Russland.[1])

Von Dr. med. *N. Leinenberg*-Odessa.

> Un jour viendra, je l'espère, ou parmi les autres questions sociales on mettra en discussions les moyens d'arriver à l'extinction de la syphilis.
> Acton.

Soweit es aus historischen Documenten zu eruiren ist, wurde die Syphilis zuerst in das Zarenreich Polen durch die Soldaten Karl's VIII. verschleppt und verbreitete sich alsdann von dort über ganz Russland. Wegen der Unvollkommenheit und Unbequemlichkeit der Communicationswege, wegen der grossen Entfernung der Städte von einander und von den Dörfern, scheint aber die »böse Krankheit«, wie sie der Volksmund benannt hat, keine besonderen Fortschritte gemacht zu haben, und erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts, mit beginnender Entwicklung einer grösseren industriellen Thätigkeit, mit dem Auftauchen bedeutender industrieller Centra, welche Tausende von Bauern aus den Dörfern nach den Städten und vice versa wandern lassen, mit der Einführung der Eisenbahnen, die eine lebhaftere Communication der Bevölkerung untereinander erlauben, erst seit dieser Zeit beginnt man ein rapides und immer zunehmendes Wachsen der Krankheit und deren Opfer zu beobachten. Anfänglich ausschliessliches Eigenthum der grösseren Städte wurde die Syphilis allmälig zur Geissel des ganzen Reiches, des ganzen Volkes.

Zur Zeit ist die Syphilis unter der Bauernbevölkerung Russlands so allgemein verbreitet, dass man schon längst diese Krankheit als ein »Volksübel« von hervorragendster Bedeutung anzusehen pflegt, und in dieser Hinsicht nimmt Russland unter allen europäischen Staaten einen besonderen, allerdings wenig beneidenswerthen Platz ein. Denn im westlichen Europa, wo die Syphilis ebenfalls so sehr verbreitet ist, dass Sigmund einst die ganze Menschheit in gewesene Syphilitiker, zur Zeit Syphilitische und künftige Syphilitiker einzutheilen sich gezwungen sah, ist doch diese Krankheit stets ein Lieblingskind des städtischen Culturlebens gewesen und geblieben; wenigstens sind uns keine Angaben bekannt, die uns überzeugen möchten, dass dort auf dem Lande die Syphilis als allgemeines Volksübel aufträte. Und so verhält es sich eben in Russland. Es sind hier Dörfer bekannt (wir werden später des Näheren davon sprechen), wo sämmtliche oder die Mehrzahl der Einwohner syphilitisch inficirt sind, wo Infectionsherde gebildet werden, die für die weiteste Umgebung verhängnissvoll werden.

Doch ist der Charakter der Erkrankung sowie der Weg ihrer Verbreitung in den Städten und in den Dörfern ein durchaus verschiedener. Die Feststellung dieser Thatsache ist von ausserordentlicher Bedeutung, wollen wir bei Bekämpfung des Uebels den Nagel auf den Kopf treffen. Die Syphilis der Städte und der grösseren Fabrikcentren wird vor Allem dadurch charakterisirt, dass sie hauptsächlich durch die immer mehr und mehr fortschreitende Prostitution, d. h. durch den geschlechtlichen Verkehr weiter verbreitet wird und dem Arzte meistens in den Initialformen zukommt; auf dem Lande aber geschieht die Weiterverbreitung auf die unschuldigste Weise, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch den alltäglichen Verkehr. Die russische Landbevölkerung kennt keine Prostitution. Wir wollen damit nicht etwa sagen, dieselbe sei, wie Hamlet sich ausdrückt, »so rein wie Eis, so keusch wie Schnee«; wir betonen nur, dass eine Prostitution im üblichen Sinne des Wortes hier auf dem Lande nicht existirt. Das bestätigen sämmtliche Forscher des russischen Volkslebens.

Wenn aber dieses in den Städten mit Recht so gefürchtete sociale Unglück — die Prostitution — auf dem Lande in Bezug auf die Verbreitung der Syphilis keine Rolle spielt, so giebt es dort dafür zwei viel schrecklichere Factoren, denen diese Rolle im höchsten Grade zukommt, darum so schrecklich, weil sie unter den jetzigen Umständen so schwer zu reguliren sind, — wir meinen: die grosse Unwissenheit und das nicht minder grosse Elend des russischen Volkes. Der russische Bauer, der überhaupt so wenig kennt und begreift, hat auch von dem Wesen der Krankheiten, speciell von der Syphilis keinen richtigen Begriff. Er ahnt nicht im Geringsten deren furchtbare Folgen, er versteht es nicht, sich vor einer Ansteckung zu schützen, ja er weiss nicht einmal, woher und aus welchen Ursachen die Infection zu Stande kommt. Tschistjakoff erzählt, dass er bei seinen Anfragen, wie sich die betreffenden Patienten die Krankheit zugezogen haben, folgende komische, aber durchaus ernst gemeinte Aussagen erhielt: »Zwei Weiber stritten miteinander, als das Mädchen an ihnen vorbeiging, daher die Erkrankung (Syphilis) schon seit mehreren Jahren«, oder so: »Zwei Hähne krähten nebeneinander und die Alte ging an ihnen vorbei, daher die Krankheit.« Ein anderer Kreisarzt berichtet, dass er von einer Bäuerin auf seine Frage, wieso sie zu dieser Krankheit gekommen sei, folgende Antwort erhalten hat: »Ich habe mich halt damals nicht tüchtig ausgeschimpft.« Es ist leicht einzusehen, dass bei solchen Vorstellungen über die Krankheitsursachen eine rationelle Prophylaxis nicht leicht durchzuführen ist.

Was das ökonomische Elend der Bevölkerung anbetrifft, so würde uns eine eingehende Behandlung dieses Gegenstandes zu weit führen. Wir wollen hier nur darauf hinweisen, dass die Berichte des medicinischen Departements (1879—80), denen die Untersuchungen einer von der Regierung eingesetzten Commission zu Grunde liegen, die ökonomische Lage in äusserst düsteren Farben zeichnete. Zahlreiche Untersuchungen, von Privatärzten unternommen, bestätigen dies. Die Hauptnahrung im Gouvernement Pskow, schreibt Raspopoff, besteht aus Kornbrod ... Ein gewöhnlicher Bestandtheil des Brodes sind Hülsen und eine bedeutende Quantität von Sand. »Es ist schauderhaft, das Leben der ärmsten Familien, welche $^2/_3$ der Bevölkerung ausmachen, in der Nähe zu betrachten: Schmutz, Hunger und Krankheiten, besonders die Syphilis, auf jedem Schritt.« Grjasnoff erzählt, dass er nur einmal die Speisen einer Dorffamilie zu kosten brauchte, um sich den Magen zu verderben. Derselbe schildert die Hygiene des russischen Bauernlebens in folgender Weise: »In vielen Hütten ist es so kalt (es war im Januar 1881), dass man dort in Pelzen eingehüllt sitzt ... Verschiedenes Hausvieh wird in den Hütten selbst in einer dazu bestimmten Ecke gehalten. In der Mehrzahl der Hütten ist es schmutzig, unter den Stühlen und in den Ecken sind verschiedene Lumpen in einen Haufen geworfen, neben dem Ofen steht gewöhnlich eine mehr oder minder arg stinkende Pfanne.«

Es liegt auf der Hand, dass solche Bedingungen den günstigsten Boden für die Einnistung und Verbreitung der Infection bilden, sobald sie einmal ins Dorf verschleppt worden ist. Doch giebt es der Umstände noch mehrere, die dieselbe Bedeutung haben und die im socialen Leben der Landbevölkerung selbst gelegen sind. Man darf nämlich wissen, dass sämmtliche Mitglieder einer Bauernfamilie eine gemeinsame Hütte bewohnen, aus einem gemeinsamen Topf essen, aus einem Kruge trinken, sich eines Handtuches bedienen, Alle in einer Reihe hingestreckt schlafen, die Säuglinge mit Gekautem oder aus schmutzigen Saugflaschen ernähren u. s. w., — alles Umstände, die die Verbreitung der Infection im höchsten Grade begünstigen. Es braucht dieselbe nur in die Familie zu gelangen und man kann mit Bestimmtheit voraussagen, dass sämmtliche Mitglieder dieser Familie der Krankheit nicht entgehen werden. Dieser Umstand legt eben der Syphilis auf dem Lande einen so perniciösen Charakter bei. Ferner sind es gewisse Bräuche, die der Verbreitung der Krankheit Vorschub leisten, so z. B. der Brauch, an gewissen Feiertagen aus mehreren Dörfern an einem Punkte zusammenzukommen, um gemeinsam zu schmausen, wobei die Entleerung jedes Glases von Umarmungen und Küssen — welche letztere ja bekanntlich in dieser Beziehung besonders gefährlich sind — begleitet werden.

Wir sagten schon, dass die ökonomischen Verhältnisse der russischen Landbevölkerung einen nicht minder schlimmen Factor der Entwickelung und Verbreitung der Syphilis bilden als die

[1]) Dieser Aufsatz ist ein kurzer Auszug aus einer grösseren Arbeit, die der Autor demnächst in russischer Sprache über dasselbe Thema veröffentlichen wird.

Prostitution. Unter den jetzigen Umständen ist der Ackerbau kaum im Stande den russischen Bauer zu ernähren; sein jährliches Einkommen ist in vielen Fällen bedeutend geringer als seine Steuern. Dies zwingt den Bauer, für einen Theil des Jahres nach der Stadt oder irgend einem Fabrikcentrum zu wandern, um als Fuhrmann, Hausknecht, Fabrikarbeiter etc. sich etwas Geld zu verdienen. Sobald dies geschehen, kehrt er wieder zur Feldarbeit zurück, doch meistens schon syphilitisch inficirt, denn in den Städten pflegt er gewöhnlich seine Geschlechtsneigungen auf die unwählerischste Weise, an Prostituirten niedersten Ranges zu befriedigen. Man konnte in vielen Fällen verfolgen, wie ein einziger aufs Land zurückgekehrter Bauer eine grosse Anzahl der Bewohner des bisher vom Uebel verschonten Dorfes unmittelbar und mittelbar inficirte. Wir haben dies bereits durch die sanitären, socialen und Culturverhältnisse der Landbevölkerung zu erklären versucht.

Was thut nun der inficirte Bauer? Geht er sofort in's Spital, zum Arzt? Warum nicht gar! Dasselbe ökonomische Elend, das zum Eindringen der Syphilis ins Dorf führte, zwingt ihn, seinen Zustand zu ignoriren. Er muss arbeiten, denn sonst wird er, wird seine Familie nichts zu essen haben. Der russische Bauer curirt sich überhaupt nicht, so lange er aufrecht stehen kann, der Kreisarzt wohnt dazu so weit entfernt von ihm, die Spitäler sind so sparsam und beständig von Syphilitischen vollgepfropft. So kommen denn die inficirten Bauern dem Arzte stets bereits mit tertiären Erkrankungsformen zu.

Stark verbreitet wird die Syphilis auf dem Lande auch durch das Militär. Aus der »Allgemeinen Rundschau« des Kriegsministeriums vom Jahre 1881 ersieht man, dass in diesem Jahre in der russischen Armee 36,616 Mann oder 40,9 ‰ an Lues erkrankt sind. Das Maximum der Erkrankungen kommt auf das westliche Sibirien (75 ‰), das Minimum auf das Charkower Gouvernement (26 ‰). Es ist also nicht zu verwundern, dass diese grosse Masse syphilitischer Soldaten, sobald sie vom Dienste befreit werden und ins Dorf zurückkehren, die Verbreitung der Infection auf dem Lande im höchsten Grade befördern. Tschistjakoff, der auf Anordnung der Regierung sämmtliche Einwohner des Krasnoslobodsker Kreises untersucht hatte, fand das Procent der Syphilitiker in diesem Kreise im Durchschnitt = 5 %. In einem Dorfe aber gestaltete sich die Zahl der Inficirten = 17,5 %. Bei näherer Untersuchung stellte es sich heraus, dass dieses Dorf ausschliesslich aus gewesenen Soldaten und deren Familien bestand.

Die Zahl der Syphilitiker genau statistisch zu eruiren erwies sich aus mehrfachen Gründen für unmöglich. Erstens befindet sich die Statistik als wissenschaftliche Untersuchungsmethode in Russland noch im embryonalen Stadium der Entwickelung, zweitens wird die Erkrankung von Vielen aus einem falschen Schamgefühl verheimlicht, drittens ignorirt der Bauer überhaupt seinen krankhaften Zustand u. s. f. Herzenstein giebt die Zahl der Syphilitiker in Russland auf 2 Millionen, Stuckowenkoff auf 5 Millionen an. Eine grosse Anzahl von Beobachtungen und Untersuchungen russischer Kreisärzte aus den verschiedensten Theilen des grossen Reiches gewähren uns ein mehr oder minder vollständiges Bild über den Charakter des Uebels, dessen Verbreitung und Besonderheiten. Da aber die Syphilis der Städte in Russland sich in nichts von der städtischen Syphilis des westlichen Europas unterscheidet, so wollen wir sie hier unberücksichtigt lassen und uns nur mit der Syphilis auf dem Lande, welche, wie wir bereits gezeigt haben und später noch zeigen werden, viele interessante Eigenthümlichkeiten zeigt, beschäftigen. Es ist dies umsomehr gerechtfertigt, als es sich dabei um den überwiegenden Munttheil des Volkes handelt, von dessen Wohlstand das Wohl des Reichs abhängig ist.

Tschistjakoff, der, wie bereits erwähnt, auf Anordnung der Regierung den Krasnoslobodsker Kreis durchreiste, ist es durch sein delicates und verständiges Benehmen gelungen, das vollste Vertrauen der Bauern zu gewinnen und auf diese Weise 37 Dörfer einer fast allgemeinen Untersuchung zu unterwerfen. Im Ganzen sind von ihm 25,050 Mann oder 87,06 Proc. der gesammten Bevölkerung untersucht worden. Unter ihnen erwiesen sich 1184 Mann, 614 Bauernfamilien angehörig, an Syphilis leidend, so dass also die Zahl der Syphilitiker 4,73 Procent der Gesammtbevölkerung ausmacht. Da aber T. annimmt, dass einige Fälle von Lues seiner Beobachtung entgehen konnten, so glaubt er das Verhältniss auf 5 Procent abrunden zu können. Mit anderen Worten: auf je 20 Bauern kommt ein Syphilitiker und auf je 7 Bauernfamilien kommt ein Nest dieser Geissel der Volksgesundheit. Obzwar T. keine Dörfer antreffen konnte, wo sämmtliche Einwohner syphilitisch inficirt waren, so waren doch einige Familien vorhanden, wo sämmtliche Mitglieder an Syphilis erkrankt waren. Nach dem Stadium der Erkrankung werden diese 1184 Syphilitiker folgenderweise eingetheilt:

Condylomatöses Stadium	385	=	32,44 Proc.
Gummöses Stadium . .	352	=	29,73 »
Veraltete Syphilis . .	447	=	37,83 »
	1184	=	100 Proc.

Am meisten ist also die veraltete Syphilis anzutreffen; primäre Formen sind Tschistjakoff gar nicht zu Gesicht gekommen.

Sinaida Jelzina untersuchte während des Zeitraums vom 17. Juni bis 15. August 1882 im Dorfe Bjegitschew des Gouvernements Tula 1525 Kranke, von denen 111 an Syphilis litten. Während derselben Zeit sind von den Feldscherern 41 Syphilitiker verzeichnet worden, zusammen 152 oder ca. 10 Proc. sämmtlicher Kranken. Dem Geschlecht nach waren es 21 Männer, 95 Frauen und 36 Kinder. Die Krankheit wird hauptsächlich durch das gemeinsame Zusammenleben verbreitet. — »Dank einer solchen Uebertragungsweise des syphilitischen Virus erkrankten nicht nur ganze Familien, sondern auch ganze Dörfer.«

Dieselbe Verfasserin, von der Regierung im Sommer 1883 in den Krapiwenschen Kreis des Tulaer Gouvernements zur Erforschung der Verbreitung der Syphilis abgesandt, beschaute während 2 Monaten sämmtliche Einwohner der Mehrzahl der Dörfer dieses Kreises. Im Ganzen waren es 1370 Bauernfamilien, von denen in 276 (19 Proc.) Familien Syphilitiker vorhanden waren. Die Zahl der untersuchten Frauen betrug 2189, an Syphilis litten 314 (14,05 Proc.); die Zahl der untersuchten Kinder 3316, von denen an Syphilis litten 413 (12,04 Proc.). »Von den untersuchten Dörfern waren einige wenig bewohnte so sehr von der Krankheit befallen, dass sie eine Art syphilitischer Colonien bildeten.« So z. B. waren in den Dörfern Osjornoje 19 Proc., Tjoploje 25 Proc., Orlowa 32 Proc. und Astapowo 52 Proc. Syphilitiker.

Im Starooskolsker Kreise des Gouvernements Kursk giebt die Syphilis 6—7 Proc. sämmtlicher Erkrankungen ab. »Sie verschont kein Alter, vom Säuglingsalter an. In einigen Dörfern sind ganze Familien inficirt.« (Hergenstein.)

Der Bericht, welchen die Professoren A. Petroff und A. Scherbakoff der Aerzteversammlung in Kasan am 19. Nov. 1871 vorgelegt haben, schildert die Lage des gleichnamigen Gouvernements in äusserst düsteren Farben. Das Dorf Romodány, von 1172 Seelen bewohnt, hatte 294 Syphilitiker aufzuweisen, oder mit anderen Worten: ein ganzes Viertel des Dorfes war syphilitisch inficirt. An anderen Orten betraf die Zahl der Syphilitiker im Jahre 1871 24 Proc. sämmtlicher Erkrankten. Nach dem Berichte des Dr. Solowijeff betrifft die Zahl der Syphilitiker im Dorfe Sumarokoff 80 Proc. der Gesammtbevölkerung. Doch dies ist eine Ausnahme, denn z. B. im Spassker Kreise des genannten Gouvernements berechnete man die Zahl der luetisch Angesteckten auf 7,6 Proc. sämmtlicher Kranken oder 2 Proc. der Gesammtbevölkerung des Kreises.

Dr. Kurbatoff berichtet, dass er im Jahre 1875 das ganze Dorf Motschilo (Gouvernement Rjassan) einer Untersuchung unterzogen und dabei sämmtliche Einwohner desselben syphilitisch inficirt gefunden habe. Bei Allen waren entweder condylomatöse oder gummöse Formen. Vor 20 Jahren war dort die Krankheit unbekannt; sie wurde nach den Aussagen der Bauern vom Militär, das dort zu jener Zeit placirt wurde, eingeschleppt.

Im Gouvernement Woronjesch sind in der Semljansker Heil-

anstalt während fünf Jahren 55,274 Kranke zur Untersuchung gelangt, darunter 7105 Syphilitiker = 12,9 Proc.

Im Buguruslansker Kreise des Gouvernements Samara ist die Syphilis allgemein verbreitet. Im Samarisker Kreise waren unter 41,144 Kranken, die während der Jahre 1877—78 eine ärztliche Hilfe aufsuchten, 1653 Syphilitiker (4 Proc.), darunter nur 68 mit primären Formen.

Im Gouvernement Woronjesch ist laut den Berichten der IV. Aerzteversammlung dieses Gouvernements die Familiensyphilis sehr stark entwickelt; es giebt dort Familien, wo die Mehrzahl der Mitglieder, zuweilen auch sämmtliche an der Krankheit laboriren. Es wurde dort auch auf ein Dorf hingewiesen, dessen sämmtliche Einwohner syphilitisch waren.

Auf der VI. Versammlung der Kreisärzte in Moskau schlug der Secretair der sanitären Commission, Dr. Ossipoff, die Zahl der Syphilitiker im Moskauer Gouvernement auf 34 Proc. sämmtlicher Infectionskrankheiten an.

Im Gouvernement Simbirsk ist die Syphilis, nach officiellen und privaten Meldungen, sehr heimisch geworden. Nach dem Bericht des Simbirsker medicinischen Inspectors vom Jahre 1882 hat die Gesammtzahl der während dieses Jahres behandelten venerischen Kranken die Ziffer 18123 erreicht = 5,7 Procent sämmtlicher Kranken. Und wie viele sind unbehandelt geblieben!

Wir könnten in dieser Weise noch lange fortfahren, doch glauben wir, beim knappen Raume eines Feuilletons uns mit diesen Angaben begnügen zu können. Es erhellt aus ihnen, dass die Syphilis in Russland auf dem Lande sehr verbreitet ist, dass es Dörfer giebt, in denen ganze Familien inficirt sind und auch solche, in denen sämmtliche Einwohner an Lues leiden.

Doch fallen uns bei näherer Erforschung des Gegenstandes zwei Erscheinungen auf, die eine besondere Berücksichtigung verdienen; das ist die Syphilis der Frauen und der Kinder.

Was zunächst die Frauensyphilis anlangt, so zeigen sämmtliche Untersuchungen, die die russische Literatur darüber aufzuweisen hat, ein Ueberwiegen der syphilitischen Frauen auf dem Lande und nur auf dem Lande. Es ist dies leicht zu erklären. Wir haben schon gesehen, dass die Syphilis in den Städten durch die Prostitution verbreitet wird. Eine inficirte Prostituirte nun, die der medicinischen Controle entgangen ist, kann eine grosse Anzahl Männer anstecken. Deshalb bilden auch in den Städten die syphilitischen Männer die Mehrzahl. Im Dorfe ist es aber ganz anders. Hier wird die Krankheit durch das gewöhnliche Zusammenleben selbst, durch den alltäglichen Verkehr verbreitet, und bei diesem kommt ja bekanntlich den Frauen die hauptsächlichste Rolle zu. Ihr Verkehr ist ein innigerer als bei den Männern; ihnen gehört der Umgang mit den Kindern, so dass bei primärer Affection der letzteren sie leichter angesteckt werden.

Herzenstein hat mit lobenswerthem Fleisse die Ziffern einer grossen Anzahl russischer Kreisärzte zusammengestellt und folgendes Verhältniss dabei herausgefunden:

Es handelt sich um 68,094 Syphilitiker, von denen 59,087 der Landbevölkerung und 9007 den Städteeinwohnern angehören. Ziehen wir davon die hier miteingeschlossenen 2124 Kinder ab (eine Zahlendifferenz zwischen weiblichen und männlichen Syphilitikern beginnt erst vom 5. Lebensjahre), so bleibt uns die Zahl der Erwachsenen = 65,970, von welchen nun 30,281 den Männern (45,9 Proc.) und 35,689 den Frauen (54,1 Proc.) zukommen. Mit anderen Worten: auf je 100 syphilitische Frauen kommen 85 syphilitische Männer. Dieses Resultat bekommen wir also, wenn wir die Syphilitiker der Dörfer und Städte zusammen einer Berechnung unterziehen. Betrachten wir nun, welches Verhältniss Herzenstein für die Stadt und das Dorf gesondert herausbekommt. Von den 5702 (2063 Kinder abgezogen) Syphilitikern der Landbevölkerung waren 24,828 (43,54 Proc.) Männer und 32,196 (54,46 Proc.) Frauen. Auf 100 Manner kommen 129,7 Frauen oder auf 100 Frauen 77,2 Männer. Im Allgemeinen aber gilt in Russland das Verhältniss: 100 Männer auf 103,3 Frauen. Die gesammte weibliche Bevölkerung überwiegt demnach die männliche bei Weitem nicht in dem Maasse, wie es bei der syphilitischen Landbevölkerung eben constatirt worden ist. Was die 8946 Syphilitiker der Städte anbelangt (von den Kindern abgesehen), so waren darunter 5453 Männer (60,7 Proc.) und 3493 Frauen (39,3 Proc.) Man vergleiche und man wird sich überzeugen, wie sehr sich die Frauensyphilis im Dorfe von der in der Stadt quantitativ unterscheidet.

Wir gehen nun zur Syphilis der Kinder über. Aus den officiellen Mittheilungen des medicinischen Departements ist zu ersehen, dass unter 1,289,477 Syphilitikern, über die das Departement währerd des Decenniums 1871—1881 Nachrichten eingezogen hat, 175,686 Kinder sich befanden, oder 13,6 Proc. Doch Herzenstein behauptet, diese Ziffern entsprächen bei weitem nicht der Wirklichkeit. »So waren z. B. im Gorochowetzker Kreise unter 173 Syphilitikern 47 Kinder verzeichnet oder mehr als 27 Proc., im Schujsker Kreise unter 123 Syphilitikern — 32 Kinder oder etwa 26 Proc. Im Ischewsker Industriebezirk des Gouvernements Wjatka betraf die Zahl der syphilitischen Kinder bis zum 15. Lebensjahre ca. 56 Proc. sämmtlicher Kranken. Im Lgowsker Kreise waren derer 27 Proc. Im Gouvernement Nowgorod waren unter 4346 Syphilitikern 1398 Kinder (bis zum 15. Lebensjahre) = mehr als 32 Proc. Im Mzensker Kreise des Orlower Gouvernements sind unter 521 Syphilitikern 171 Kinder verzeichnet gewesen = etwa 33 Proc. Im Allgemeinen, nach allen von uns eingezogenen Angaben betraf die Zahl der Kinder ungefähr 30 Proc. sämmtlicher Kranken.«

Ans den Untersuchungen Herzenstein's, sowie aus einer Reihe von Untersuchungen anderer Autoren geht hervor, dass die syphylitischen Kinder bis zum 5. Lebensjahre ein Maximum bilden, das oft, aber nicht immer nur durch das Alter der blühenden Geschlechtsentwickelung (20 — 30 Jahr) übertroffen wird. Die hereditäre Lues kommt dem Arzte seltener zu Gesicht, als die erworbene, denn die syphilitischen Kinder kommen entweder todt zur Welt oder sterben schon bald nach der Geburt ab.

Wir haben somit bis jetzt dreierlei gezeigt: 1) dass die Syphilis unter der Landbevölkerung Russlands ungemein stark verbreitet ist; 2) dass dort die weiblichen Syphilitischen die männlichen weit übertreffen und 3) dass die Krankheit besonders das Kindesalter befällt. Dies alles hat die Syphilis zu einem der grössten und gefürchtetsten Uebel des russischen Volkes gemacht: es droht allmählig die Mehrzahl des Volkes zu befallen, ein physisch und geistig armseliges Geschlecht zu erzeugen und dem Lande einen unermesslichen national-ökonomischen Schaden zu bringen.

Was ist nun, angesichts dieser Umstände, gethan worden, um das Uebel zu bekämpfen? Herzenstein erzählt, dass bereits im Jahre 1763 der Senat zu einer sehr strengen Massregel greifen musste, um gegen die Syphilis, wie er das wünschte, erfolgreich auftreten zu können. Auf Grund einer officiellen Mittheilung des Militärinspektors des Generalhospitals, Merlin, dass dort von 671 Kranken mehr als $^2/_3$ an »Franz-Venerie« leiden, welche sie von Prostituirten bekommen haben wollen, erliess der Senat sofort einen Ukás (Befehl), dass sämmtliche krank aufgefundenen Frauen nach Nertschinsk verschickt werden sollen.

Ein nicht minder humaner Befehl wurde vor einem halben Jahrhundert erlassen. Woskressensky theilt nämlich mit, dass 1837 in Folge der grossen Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Soldaten der Stadt Warschau, eine Anzahl von Massregeln vorgeschlagen wurde, von denen die hauptsächlichste die Eruirung und Untersuchung der Prostituirten war. Dabei wurde ausdrücklich befohlen, sämmtliche Frauenzimmer, an denen man eine venerische Krankheit entdecken sollte, mit zehn Ruthenschlägen für die Verheimlichung der Krankheit zu bestrafen und nachher in's Spital zu schicken.

Auch in neuerer Zeit sind viele Massnahmen vorgeschlagen worden, die einen nicht minder zwecklosen — um kein stärkeres Wort zu gebrauchen — Charakter tragen. So haben z. B. die Versammlungen der Kreisärzte in Jekaterinoslaw und Smolensk beschlossen, dahin zu wirken, dass Syphilitikern die Eheschliessung verboten werde. Abgesehen davon, dass ganz gesunde Menschen auch nach der Ehe sich inficiren können und dass viele Syphiliker in den recidivfreien Perioden gesunde Kinder

zeugen können, würde überhaupt eine derartige Massregel nur zu verschiedenen Missbräuchen führen und die Zahl der ausserehelichen Verbindungen bedeutend erhöhen.

Die einzigen Massregeln, die zur Bekämpfung der Syphilis geübt werden, sind sanitär-polizeilicher Natur. Sie gehen alle darauf hinaus, die Prostituirten sowie die in die Dörfer zurückkehrenden Bauern öfters zu untersuchen und die Erkrankten von den Gesunden zu isoliren. Doch wie wenig mit solchen sanitär-polizeilichen Massnahmen zu erreichen ist, hat besonders anschaulich die englische Statistik gezeigt, und wird dies von der russischen vollkommen bestätigt. Wir haben ja auch gesehen, dass in Russland die Syphilis auf dem Lande hauptsächlich durch die hygienischen Missstände, die ökonomische Lage und die Unwissenheit des Volkes verbreitet wird, folglich müssen auch die zur Bekämpfung zu ergreifenden Massregeln einen entsprechenden Charakter haben, d. h. auf die Hebung des Volkswohles, Verbesserung seiner socialen Lage und Einführung einer Volksbildung gerichtet sein. Mit medicinischen Mitteln werden wir nie eine rationelle Prophylaxe der Syphilis erreichen.

Referate und Bücher-Anzeigen.

Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Bedeutung der Schilddrüse.

III. Die Cachexia strumipriva.

Von F. Fuhr-Giessen.

(Schluss.)

Die beiden nächsten wichtigen und die Sache fördernden Arbeiten rühren von P. Bruns und einem seiner Schüler, Grundler, her. B. controlirte, als die Cachexia str. bekannt wurde, ebenfalls die zahlreichen, zum Theil noch von seinem Vater in der vorantiseptischen Zeit in der Tübinger Klinik operirten Kropfkranken. Sämmtliche Operirte, bei denen irgend welcher Theil der Schilddrüse zurückgeblieben, waren, einzelne selbst nach Ablauf von 20 Jahren, noch gesund. Von den im Ganzen wenig ausgeführten Totalexstirpationen stellten sich 3 vor. Eine erst vor 4 Monaten entkropfte 26jährige Frau hatte weder objective noch subjective Krankheitserscheinungen, dagegen zeigten zwei weitere vor 6 Monaten bezw. 3 Jahren Operirte sämmtliche Symptome, wie sie Kocher als charakteristisch angab. Veränderungen der Trachea fehlten, auch ergab die wiederholte Untersuchung des Blutes keine Abnahme der rothen Blutkörperchen. (Ausführliche Krankengeschichten bei Grundler.) Ferner gelang es B., den vor 18 Jahren von Sick operirten kropfkranken Knaben ausfindig zu machen, der noch in seinem Heimathsdorfe lebte als »zwerghafter Cretin«. Auch bei diesen 3 Fällen konnte B. die von K. hervorgehobene Thatsache bestätigt finden, dass die Krankheitssymptome um so hochgradiger und ausgesprochener sind, je längere Zeit seit der Operation verflossen ist und je jünger der Operirte ist, dass ferner bei noch wachsenden Individuen die Längsentwickelung des Körpers aufhört. Bei dem Sick'schen Kranken, dessen eingehende Krankengeschichte sich bei Grundler findet, fiel neben den Veränderungen des Gesichts vor Allem die Kleinheit des Körpers auf. »Auf einem knabenhaften, aber plumpen Körper sitzt der bartlose Kopf eines Mannes; die Länge des jetzt 28-jährigen Mannes beträgt 127 cm.« Trotz der gut entwickelten Musculatur konnte der Kranke auch nicht die leichteste Arbeit verrichten und keine 50 Schritte weit gehen, die geistigen Fähigkeiten waren weit weniger entwickelt als bei einem zehnjährigen Knaben, sein Denkvermögen war äusserst schwach und langsam, seine Antworten bei einfachen Fragen wohl correct, aber langsam. Stets war sein Wesen ernst gleich und vollkommen affectlos, nie fratzenhaft.

Die Bedeutung dieses Falles wurde noch dadurch erhöht, dass es möglich war, auch die anatomischen Veränderungen der Cachexia str. zu studiren, als der Kranke, dessen Aussehen nebenstehende Abbildung zeigt, während seines Aufenthaltes in der Tübinger Klinik plötzlich starb.

Diese bisher noch immer vereinzelt vorliegende Obduction eines an der Kocher'schen Krankheit Gestorbenen ergab, dass die Schwellung der Haut keineswegs auf Oedem oder Mucininfiltration, sondern lediglich auf einer abnorm reichlichen Anhäufung von subcutanem, theilweise serös durchtränktem Fettgewebe beruhte. Diese Fettablagerungen fanden sich auch bei einzelnen inneren Organen, von denen mit Einschluss der Milz keines besondere Veränderungen darbot. Nur am Gehirn zeigten sich ausgesprochene Erkrankungen. Während die peripheren Nerven, und namentlich der Sympathicus normales Verhalten zeigten, bestand hier eine chronische Leptomeningitis mit Betheiligung der Rinde, im Ganzen Veränderungen, die nach Ziegler's Erklärung an gewisse Fälle von progressiver Paralyse erinnerten.



Bruns kommt nach eingehender Kritik der Ansichten von Kocher, Reverdin, Baumgärtner über das Wesen der Krankheit zum Schlusse, dass die Schilddrüse von der grössten Bedeutung für die Blutmischung sei, dass sie also vielleicht gewisse Stoffe im Blute verarbeite, deren Anhäufung von deletärem Einflusse ist, oder andere bereite, welche für die normale Ernährung des Nervensystems unentbehrlich sind. Hiernach verwirft er die Totalexstirpation der Drüse als physiologisch unzulässig und hält nur die partielle Entfernung des Kropfes für gerechtfertigt, wenn eine genaue Untersuchung ergiebt, dass ein Theil der Drüse zurückgelassen werden kann.

Pietrzikowski, der die in der Gussenbauer'schen Klinik von 1879—1884 vorgenommenen Kropfexstirpationen mittheilt, 11 partielle, 10 totale, beschreibt von den letzteren drei verschieden hochgradige, aber unzweifelhafte Fälle von Cachexie, während alle Operirte mit partieller Excision gesund blieben. Bei der Frage nach dem Zusammenhange der Kropfentfernung und der Nachkrankheiten ist P. geneigt, die Baumgärtner'sche Theorie zu adoptiren. Seine gegen die Bruns'sche Anschauung vorgebrachten Einwände sind zumeist durch die neueren experimentellen Untersuchungen hinfällig geworden.

Während die bisherigen Fälle, von denen der Vollständigkeit halber noch ein von Mikulicz operirter zu erwähnen ist,

fast alle in Gegenden beobachtet wurden, wo sich Kropf endemisch findet, veröffentlichte H. Schmid einen einschlägigen Fall aus einer kropffreien Gegend. Ein 14jähriger, sonst gesunder und geistig sehr reger Junge wurde im Jahre 1883 von Küster in zwei Sitzungen entkropft. Schon wenige Wochen nach der Entlassung in seine Heimath (Uckermark) fing er an zu kränkeln und geistig zurückzugehen. $2^1/_2$ Jahre später war der Kranke, trotzdem er inzwischen nicht gewachsen war, kaum wieder zu erkennen. Der Kopf war verhältnissmässig sehr gross, die früher welligen Haare glatt, spärlich und trocken, der Gesichtsausdruck stupide, die Augen blöde, meist nach unten oder geradeaus gerichtet, scheinbar nichts fixirend, die Gesichtsfarbe blassgelb, an den Wangen und den Handrücken geringes Oedem. »Der Junge ist zu Hause zu nichts zu gebrauchen, thut und leistet von sich aus nichts; lässt man ihn gewähren, so setzt er sich in eine Ecke hinter den Ofen und schläft. Er unterhält sich nicht mit Anderen, ist nie freundlich, aber auch nicht mürrisch, sondern indolent und ernst.« An dem sehr mageren Halse fehlt jedes Strumarecidiv. Laryngoskopischer Befund, wie Schmid Baumgärtner gegenüber betont, normal.

Einen ebenfalls in einer kropffreien Gegend beobachteten Fall erwähnte ich früher gelegentlich einer die Schilddrüse betreffenden experimentellen Arbeit. Eine 19jährige sonst gesunde Dame wurde im Jahre 1883 in der hiesigen chirurgischen Klinik von Prof. Bose wegen einer rechtsseitigen faustgrossen Struma, die Athmungsbeschwerden verursachte und der Jodbehandlung nicht wich, operirt. Die linke gesunde Hälfte sammt dem Isthmus wurde dabei, entsprechend dem damaligen Stande der Kropfexstirpation, mit entfernt. Schon nach etwa 6 Wochen stellten sich die ersten Störungen, verändertes Benehmen, Kopfcongestionen, später Gedächtnissschwäche, Silbenstolpern, Unfähigkeit selbst die leichtesten Handarbeiten zu verrichten, vorübergehende Oedeme an den Händen, im Gesicht und an den Füssen, ein. Die Erscheinungen gingen in dem Maasse zurück, als sich allmählich ein fast taubeneigrosses Strumarecidiv vor dem pomum Adami während der nächsten Jahre entwickelte.

Angesichts dieser allmählich auf 40 gestiegenen Fälle von Cachexie muss besonders hervorgehoben werden, dass manche Chirurgen trotz der grossen Zahl ihrer Operationen dieselbe niemals sahen. So wurde sie, wie Wölfler angiebt, in der Klinik von Billroth, der nächst Kocher die meisten Kropfoperationen ausführte, nie beobachtet. Maas, der 1885 durch Rotter in einer ausgezeichneten, namentlich Indicationen, Technik und Nebenverletzungen berücksichtigenden Arbeit 34 Strumektomien veröffentlichen liess, glaubte nach seinen Erfahrungen den Satz vertreten zu können, dass in Gegenden, wo sich Kropf endemisch findet, stets, um Recidiven zu begegnen, die Totalexcision der Schilddrüse auszuführen sei. M. hält Cachexie und Cretinismus, bezüglich dessen Entstehungsweise er sich Bircher und Bardeleben anschliesst, für eine und dieselbe Krankheit. Rotter giebt jedoch leider nicht an, ob und wie lange die von Maas Operirten nachbeobachtet wurden.

Die Mehrzahl der Chirurgen hatte aber schon damals, abgeschreckt durch die Möglichkeit der Cachexie, mochte sie nun diesen oder jenen Grund haben, ihr operatives Vorgehen gegen den Kropf geändert. Exstirpationen aus kosmetischen Gründen, wie sie im ersten Enthusiasmus hier und dort, natürlich meist bei Frauen, vorkamen, wurden ganz aufgegeben; als Indication zur Operation galt für die Meisten, wenn der Kropf nicht einer medicamentösen Behandlung wich, Erstickungsgefahr oder wenigstens erhebliche Athmungs- oder Schlingbeschwerden. Auch darin hatte man sich bald mit Ausnahme Weniger geeinigt, dass die Totalexstirpation ganz zu verwerfen und nur bei malignen Kröpfen erlaubt sei. In Anbetracht der Schwere der Erkrankung und der nicht gerade ausgesprochenen Erwägung, dass ja doch nur Wenige die Zeit zur Ausbildung der Cachexie erleben, war diese letzte Frage rasch erledigt, nicht so die: wie soll man nach dem Allen jetzt die Kröpfe mit Zurücklassung eines Theils der Struma operiren?

Schon im Jahre 1883 sah S. Jones nach Exstirpation des Isthmus, der die Trachea comprimirte, die Seitenhälften nachträglich schrumpfen und empfiehlt jenes Verfahren als Ersatz für die Totalexstirpation. Begreiflicherweise kann dasselbe in den wenigsten Fällen und namentlich nicht da, wo die Struma einen gleichmässigen grossen Klumpen bildet, an dem ein Isthmus kaum zu unterscheiden ist, zur Anwendung kommen.

Nach P. Bruns soll in jedem Falle nur die partielle Exstirpation, die Entfernung einer Hälfte oder dieser und des Isthmus zur Anwendung kommen. Auch hierbei sah man später den zurückgelassenen Theil allmählich kleiner werden.

Mikulicz verfuhr in 8 Fällen so, dass er wenn nöthig beiderseits die Kropfgeschwulst freipräparirte, in der Gegend des Eintrittes der Art. thyreoidea inf. nach Anlegung mehrerer Massenligaturen einen Stiel bildete und hierüber die Struma abtrug. Die zurückgelassenen Ligaturstümpfe störten in keinem Falle den Heilungsverlauf. Er empfiehlt diese Methode, »die Resection des Kropfes«, als jeder Hypothese über die Entstehungsursache der Cachexie Rechnung tragend. Wie später jedoch Garrè hervorhob, kann dieselbe auch hierbei eintreten, wenn der zurückgelassene Stumpf degenerirt und functionsuntüchtig ist.

Wölfler, dem die Methode von M. namentlich dadurch bedenklich erscheint, dass beim Anlegen von Massenligaturen in der Nähe der Art. thyr. inf. der Recurrens mitgefasst werden kann, empfiehlt, um die Struma zum Schrumpfen zu bringen, die Unterbindung der Schilddrüsenarterien. Es war dies Verfahren zur Heilung des Kropfes, namentlich des Gefässkropfes, schon früher bekannt, fand jedoch wegen der schlechten Erfolge, bedingt durch die früheren schlechten Wundverhältnisse, Nachblutungen u. s. w. keine grössere Verbreitung. In den bis jetzt veröffentlichten, freilich an Zahl noch geringen Operationsfällen entsprachen die Resultate vollkommen den Erwartungen.

Ueber die schon vor dem Bekanntwerden der Cachexie in der Baseler chirurgischen Klinik geübte, von Garrè im vorigen Jahre veröffentlichte »intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten« wurde früher in dieser Wochenschrift (vgl. No. 7. 1887) referirt. In den meisten Fällen anwendbar, die gesunden Drüsentheile zurücklassend, giebt die Socin'sche Operationsweise unstreitig unter sämmtlichen auch kosmetisch die besten Resultate.

Auf dem letzten Chirurgencongress endlich stellte Hahn ein 12jähriges Mädchen vor, das er in folgender Weise operirte. Nach Unterbindung der beiden Art. thyr. sup. und der ima wurden die unteren Schilddrüsenarterien provisorisch in Arterienklemmen gefasst, die Drüsenkapsel alsdann gespalten und mit Messer und Thermocauter Stücke der Struma ausgeschnitten unter Rücksichtnahme auf die gute Form des Halses. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze austamponirt, die Arterienklemmen nach 24 Stunden entfernt, ohne dass eine Blutung erfolgte. Als Vorzüge dieser Methode rühmt H., dass man hierbei beliebig grosse Stücke des Kropfes zurücklassen, jede Blutung und Verletzung des Recurrens sicher vermeiden kann.

J. L. Reverdin (17) unterzog vor Kurzem die modernen Operationsmethoden des Kropfes (mit Ausnahme der jüngsten, damals noch nicht bekannten von Hahn) einer alle massgebenden Verhältnisse berührenden Kritik und entschied sich zu Gunsten der intraglandulären Ausschälung von Socin.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen betreffs der Behauptung, dass die Cachexia str. in keinem causalen Zusammenhange mit der Totalentfernung der Schilddrüse stehe, sondern ein zufälliges Kunstproduct der Strumektomie sei.

Der eigenthümliche Symptomencomplex, den der Sammelnamen Cachexia str. begreift, mag dieselbe identisch mit Myxödem und Cretinismus sein, oder nicht, wurde stets nur nach vollständiger Wegnahme der Schilddrüse, niemals nach Kropfexstirpationen mit absichtlich zurückgelassenen Theilen der Drüse, oder Resten des Kropfes, die in den meisten Fällen noch solche enthalten, gesehen. Die Erscheinungen lassen sich sämmtlich auf Störungen des Centralnervensystems zurückführen, die sich langsam entwickeln, beständig steigern (Kocher) und schliesslich zum Tode führen (Bruns), oder die sich in einzelnen Fällen auch wieder zurückbilden können (Reverdin, Juillard).

So nahe es auch lag, diese Störungen auf den Wegfall der Function der Schilddrüse zu beziehen, eines Organs, von dem bis dahin auch nichts physiologisch bekannt war, von dem man jedoch schon a priori annehmen durfte, dass es nicht

zwecklos sei und nur rudimentär aus der Fötalzeit am Halse sitze, da es ein Blutquantum erhält, das dem des Gehirns gleichkommt, so geschah dies anfangs von den Wenigsten. Der Hauptgrund hierfür lag darin, dass die Cachexie nicht nach jeder Totalexstirpation eintrat, dass sie viele Chirurgen hiernach überhaupt nicht sahen, dass eine geraume Zeit zwischen Operation und dem Anfang der Krankheit liegt, dass endlich sämmtliche Erscheinungen spontan zurückgehen können. Es wurde ferner hervorgehoben (Baumgärtner, Pietrzikowski-Gussenbauer), dass man ja kein gesundes, sondern ein im Parenchym verändertes, funktionsuntüchtiges Organ entferne, ein Einwurf der schon im Hinblick auf die Hydronephrose sich selbst widerlegt. Unter diesen Umständen appellirte man wie bei allen nicht leicht zu erklärenden Dingen an die Nerven. Von den doppelseitig »chemisch« oder »mechanisch« verletzten Sympathicusfasern sollte sich zuweilen eine Neuritis ascend. auf die Halsganglien und auch weiter bis zu den Centralorganen fortpflanzen. Es verdient hier bemerkt zu werden, dass trotzdem die Schilddrüse schon seit einigen Jahren ein allgemeineres Interesse beansprucht, über deren grob anatomische Nervenanordnung nichts Sicheres bekannt ist. Man griff also zum überall vorhandenen Sympathicus. Dass dieselben Nervenfasern bei anderen Operationen am Halse, der Kehlkopfexstirpation z. B. ebenfalls symmetrisch derselben Gefahr ausgesetzt sind, ohne dass jemals die Erscheinungen der Cachexie beobachtet wurden, das überging man dabei mit Stillschweigen.

Unter diesen Umständen konnte nur das Thierexperiment entscheiden, aber auch dies sprach anfangs zu Gunsten der herrschenden Ansicht. Kaninchen ertrugen die Entfernung des Organs ohne Schaden, und Hunde, denen man mit grober Vernachlässigung der anatomischen Verhältnisse Lymph- und Speicheldrüsen anstatt der Thyreoidea ausschnitt, blieben gesund. Auf diese Experimente recurrirt noch Baumgärtner in seiner letzten Arbeit und Julius Wolff, wenn er bei der Strumektomie die Ligatur durch temporäre Compression der Gefässe ersetzen will. Exacte physiologische Untersuchungen ergaben dagegen in völliger Uebereinstimmung, dass Hunde zumeist nach Entfernung der Schilddrüse unter schweren nervösen Erscheinungen erkranken und nach Tagen oder Wochen sterben, zwischen dem Eingriff und dem Beginn der Erkrankung liegen meist mehrere Tage; dass alle am Leben gebliebenen Thiere ausnahmslos Nebenschilddrüsen hatten, dass ferner ein kleiner absichtlich zurückgelassener Theil der Drüse genügte, das Auftreten der Krankheit zu verhindern. Nach dem Verlust des Drüsenstückes gingen die betreffenden Thiere zu Grunde wie die übrigen. Ja, noch mehr, bei Omnivoren, gewissen Affenarten z. B., entwickelte sich langsam jene auch beim Menschen nach spontaner Degeneration der Thyreoidea bekannte Erkrankung, die man sofort nach dem Bekanntwerden der Cachexia str. mit dieser für identisch erklärte, das Myxödem. Hierzu kommt und daran lässt sich trotz Baumgärtner nicht rütteln, dass die Krankheitssymptome schilddrüsenberaubter Thiere, weder durch mechanische noch chemische Insulte aller in Betracht kommenden Nerven, noch durch Sepsis erzeugt werden können. Warum sollen auch jene Schädlichkeiten die Sympathicusfasern, um mit B. bei diesen zu bleiben, stets bei der Totalexstirpation treffen, und nicht auch ab und zu einmal bei der beiderseitigen Entfernung der Schilddrüsenhälften mit Zurücklassung eines kleinen Drüsenrestes, gleichviel ob am unteren oder oberen Ende?

Die Thatsache also, dass nicht nach jeder totalen Strumektomie beim Menschen die Cachexie eintritt, ist unter Beihülfe des Thierexperimentes, das sich hier in seltener Uebereinstimmung mit den klinischen Beobachtungen befindet, dahin zu erklären, dass alle »Totalexstirpationen« ohne nachfolgende Cachexie eben keine Totalexstirpationen waren und sind. Entweder blieben in diesen Fällen Nebenschilddrüsen, die nach den neuesten Untersuchungen Streckeisens beim Menschen weit häufiger sind, als man bisher annahm, zurück, oder unveränderte Schilddrüsenstücke mit oder ohne Kropfmassen. So leicht es wäre, eine normale Drüse beim Menschen rein zu exstirpiren, so schwer lässt sich dies im Sinne des physiologischen Experimentes beim Kropfe ausführen. Mannigfache Fortsätze, oft durch schwer sichtbare gesunde Parenchymbrücken mit dem Haupttumor verbunden, selbst grössere gesunde Partien entgehen neben dem Kropfe dem Auge.

Wenn manche Chirurgen die Krankheit nach ihren Kropfoperationen relativ oft, und andere sie gar nicht sahen, so liegt dies neben dem eben erwähnten Umstand zum anderen Theil in der verschieden befolgten Technik der einzelnen. Wer viel Unterbindungen en masse anwandte, schwer auszulösende Fortsätze und den Stiel vor der Ligatur abtrug, oder mit provisorischem Abklemmen der zu trennenden Gewebe operirte, der hatte so leicht keine Cachexie zu erwarten. Hätten Kocher und Reverdin dieselbe Zahl Kropfkranker anstatt in der Schweiz z. B. in Dresden oder Würzburg operirt, so hätten wir gewiss die Cachexia strumipriva oder das Myxödem opératoire von hier aus kennen gelernt.

Diese »unvollständigen Totalexstirpationen« erklären endlich auch das »Myxödem fruste« Reverdin's, die spätere Heilung oder theilweise Besserung der Cachexie. Ist der zurückgelassene Drüsenrest zum Ersatze des ganzen Organs zu klein (und auch hierin deckt sich Thierexperiment und die Krankenberichte vom Menschen völlig), so treten Erscheinungen von Cachexie ein, die sich bessern oder verschwinden, wenn der Drüsenrest hypertrophirt.

Typhöse Erkrankungen, Ruhr und Pocken bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/71, unter Berücksichtigung der entsprechenden Verhältnisse bei den französischen Armeen, bei den kriegsgefangenen Franzosen und bei der Civilbevölkerung. Herausgegeben von der Militär-Medicinal-Abtheilung des kgl. preuss. Kriegsministeriums unter Mitwirkung der M.-Med.-Abtheilung des k. bayr. Kriegsministeriums etc. Separatabdruck des 1., 2. und 3. Capitels aus dem VI. Bande des Sanitätsberichts über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Berlin 1885 und 1886. E. S. Mittler u. Sohn. 574 S. Mit 15 lithograph. Tafeln, 45 Zeichnungen im Text und 2 Karten.

(Fortsetzung.)

Ueber die Typhuserkrankungen bei den einzelnen Deutschen Contingenten giebt folgende Zusammenstellung Aufschluss. Es starben an typhösen Erkrankungen:

beim Contingente	Preussen . . .	9,4‰	K. St.
»	»	Baden	9,8 »	»
»	»	Württemberg . .	10,6 »	»
»	»	Hessen	14,7 »	»
»	»	Sachsen . . .	15,0 »	»
»	»	Bayern . . .	20,3 »	»

(Diese auffallende geringere Widerstandsfähigkeit der bayerischen Truppen gegenüber der Typhusinfection ist umso bemerkenswerther, als auch bei der Ruhr ganz das nämliche hervortritt; überhaupt war die Gesammtsterblichkeit an Krankheiten bei den bayerischen Truppen höher als bei allen anderen Armeecorps und verhielt sich das I. bayerische Armeecorps noch wesentlich ungünstiger als das zweite. Die Ursachen dieser auffallenden Erscheinung können nicht in einem grösseren Maasse von Kriegsstrapazen gesucht werden, vielmehr sind dieselben vorläufig als unbekannt zu bezeichnen, wenngleich die Annahme einer geringeren Angewöhnung an die rauhe, abwechslungslose Kriegsverpflegung namentlich bei den südbayerischen Truppen, und dadurch bedingter mangelhafter Ernährung wahrscheinlich ist. Ref.)

Die Frage der Evacuation von Typhuskranken wird in dem Bericht in fast durchaus günstigem Sinne beantwortet: »Thatsache ist, dass im Laufe des Feldzuges Tausende von Typhuskranken in allen Stadien ohne wesentlichen Schaden in die Heimath evacuirt worden sind.« Dabei wird bemerkt, dass die günstigsten Resultate bei der Evacuation mittelst fest organisirter Sanitätszüge erreicht worden sind. Häufig kamen die Kranken, gleichviel in welchem Stadium der Krankheit, bereits gebessert in der Heimath an; selten war eine ungünstige Wirkung zu beobachten.

Gegen die Evacuation hätte man besonders als Gegenstand anführen können, dass dadurch der Typhus im Heimathlande verbreitet werden müsse. Die in dieser Beziehung gemachten

Erfahrungen gehen aber durchaus dahin, dass eine aussergewöhnliche Verbreitung des Typhus in Deutschland durch die massenhaft evacuirten Typhuskranken nicht hervorgerufen wurde. (Diese Thatsache ist von grösster Wichtigkeit für die epidemiologische Charakteristik des Abdominaltyphus. Es handelt sich da um ein wirkliches Experiment im Grossen. (Das Motiv zur Evacuation war allerdings kein wissenschaftliches, allein dies ist für den Begriff eines Experimentes gleichgültig.) Wenn auch anzunehmen ist, dass ein Typhuskranker unter Umständen einzelne Personen zu inficiren vermag, so lässt sich hieraus noch nicht schliessen, wie das so häufig geschieht, dass auf diese Art auch ganze Epidemien entstehen. Das vorliegende Experiment aus dem Kriegsjahre beweist nun, dass dieser Entstehungsmodus für Typhusepidemien nicht möglich ist, und diese Constatirung ist für alle Zukunft von grösster Bedeutung. Man wird sich daran gewöhnen müssen, zwischen der Entstehung von Einzelfällen und der Entstehung von Epidemien zu unterscheiden, und das ist gerade der Punkt, in dem die deutschen Epidemiologen differiren, da sehr Viele geneigt sind, vom Einzelfalle aus die Gesetze der Epidemien zu construiren. Ref.)

Der officielle Bericht sagt über diese Dinge, dass eine aussergewöhnliche epidemische Verbreitung des Abdominaltyphus unter der Civilbevölkerung Deutschlands während des Feldzuges nirgends beobachtet worden sei. »Wenn eine solche im Anschluss an die grosse Kriegsepidemie zu erwarten gewesen wäre, so hätte dies ganz besonders in den westlichen Grenzprovinzen der Fall sein müssen, durch welche auf der Höhe der Evacuationsperiode täglich Hunderte von Typhuskranken beider Nationen hindurchpassirten, von denen ein nicht geringer Theil wegen drohender Erschöpfung oder aus anderen Gründen den Weitertransport unterbrechen musste. Sind doch von 30,507 überhaupt nach Preussen evacuirten Typhuskranken allein 7512 in den Lazarethen der Rheinprovinz untergebracht worden.« Allerdings kamen einzelne Uebertragungen des Typhus in den Hospitälern vor, aber eine wirkliche Epidemie ist nirgends entstanden. Ja in Frankfurt a./M., welches in ähnlicher Weise als Durchgangsstation für evacuirte Typhuskranke functionirte, war die Morbidität an Typhus sogar eine geringere als in sonstigen Jahren, und ebenso in Erfurt trotz der Anwesenheit zahlreicher Kriegsgefangener.

Der officielle Bericht schliesst: »Jedenfalls ist durch die Erfahrungen im Deutsch-Französischen Kriege für alle Zeit festgestellt, dass die — abgesehen von den Verwundeten — gerade für die typhös Erkrankten damals im grossartigsten Maassstabe zur Durchführung gelangte Evacuation nach dem Inlande keinerlei ernstere Gefahren für das letztere in sich birgt, so lange es sich um die abdominale Form des Typhus handelt.«

Nur in einer Beziehung scheint grosse Vorsicht geboten zu sein, nämlich hinsichtlich der Wiederbelegung von Räumlichkeiten, welche längere Zeit Typhuskranke beherbergt haben. Geraume Zeit nämlich nach dem Friedensschlusse traten in verschiedenen Garnisonen des Inlandes kleinere oder grössere Typhusepidemien unter solchen Truppentheilen auf, welche bei ihrer Rückkehr aus dem Felde in Localitäten untergebracht worden waren, die nachweislich während der Kriegsperiode theils französischen Gefangenen zum Aufenthaltsorte gedient hatten, theils speciell als Typhuslazarethe benutzt worden waren.

Der officielle Bericht erwähnt drei derartige Vorkommnisse. Das interessanteste und wichtigste derselben bezieht sich auf eine im April 1872 im Fort Preussen der Festung Stettin ausgebrochene Typhusepidemie. Die Garnison dieses Forts betrug 7 Compagnien = 900 Mann, welche in drei ungefähr gleichgrossen Kasernen, einer massiven und zwei, ursprünglich für die französischen Kriegsgefangenen erbauten Barackenkasernen untergebracht waren. Der Typhus trat nun ausschliesslich in einer der beiden, übrigens sehr gut construirten, Barackenkasernen auf, und wurden 35 Mann, davon 20 heftig, befallen, mit allen Symptomen des Abdominaltyphus, welche auch durch die Sectionsresultate bestätigt wurden. Es wurde eine Sanitätscommission zur Prüfung der aetiologischen Frage eingesetzt und diese entdeckte in unmittelbarer Nähe der inficirten Barackenkaserne zwei grössere zugeschüttete Gruben, deren eine während der Anwesenheit der französischen Kriegsgefangenen als Senkgrube benutzt worden war, während die andere als Abfallsgrube gedient hatte. Beide waren nur mit etwas Bauschutt und Erde bedeckt, nach deren Entfernung man in ersterer sofort auf ein schwärzliches, pestilenzialischen Geruch verbreitendes Grundwasser gelangte. Da die Grube nur durch Bretterwände ausgekleidet gewesen war, so konnte ausserdem nicht daran gezweifelt werden, dass auch das umliegende Erdreich, zumal bei dem hohen Stande des Grundwassers, mit excrementitiellen Stoffen geschwängert sei.

Der Bericht des Oberstabs- und Regimentsarztes Dr. Brunner sagt denn auch bezüglich der Aetiologie dieser Epidemie: »Trinkwasserinfection lag nicht vor, denn der Brunnen lag weit von der unentleert gebliebenen Latrinengrube entfernt und von dieser durch die ganze Länge der Kaserne getrennt, seine Schliessung blieb ohne Einfluss auf den Verlauf der Epidemie und unter den Civilbewohnern, welche sein Wasser gleichfalls benutzten, kamen Erkrankungen nicht vor.« Ferner: »Die alleinige Ursache der Epidemie ist in jener grossen, nicht entleerten Latrinengrube auf dem Hofe der Kaserne, nach dem die Zimmer derselben gelegen sind, zu suchen. Die Infection erfolgte erst so spät (April ist für Norddeutschland eine ganz ungewöhnliche Typhuszeit. Ref.), weil der Boden bis gegen Ende März gefroren war und erst von da ab durch häufige Regengüsse aufgethaut wurde, so dass nunmehr die Effluvien, welche gleichzeitig durch das Steigen des Grundwassers der Oberfläche näher gebracht wurden, frei in die Atmosphäre entweichen konnten.»

II. Die Ruhr im Kriege 1870/71.

Die Ruhr nimmt unter den drei seucheartig aufgetretenen Krankheiten (Typhus, Ruhr, Pocken) die zweite Stelle ein: 38652 Erkrankungen mit 2380 Todesfällen. Im schleswigholsteinischen und im deutschen Kriege 1866 war die Ruhr nur ganz vereinzelt aufgetreten, niemals epidemisch. Im deutschfranzösischen Krieg betrug das Verhältniss der Ruhrmorbidität zur Gesammtmorbidität 81,3 auf 1000; auf 100 an Krankheiten Gestorbene kamen 16,2 Todesfälle an Ruhr.

Die Bedeutung der Ruhrepidemie war aber insofern eine grössere als dieselbe entsprechend dem Charakter der Krankheit nur $2^1/_2$ Monate herrschte. Im August und September aber übertrafen die Ruhrerkrankungen die typhösen nicht unerheblich. Das entspricht der allgemeinen Erfahrung in Mitteleuropa, dass die Ruhr als Epidemie beinahe ausschliesslich in der zweiten Hälfte des Sommers und im Herbst aufzutreten pflegt, in steiler Curve den Höhepunkt der Entwicklung erreicht und dann nach mehrwöchentlicher Dauer beinahe ebenso plötzlich als Epidemie verschwindet.

Die Verbreitung der Ruhr in der Armee war eine sehr verschiedene. Beispielsweise verhält sich die Ruhrmorbidität des VII. Armeecorps zu derjenigen des XIV. Corps wie 21,6 : 1,0. Bei den typhösen Erkrankungen ist die grösste Differenz dagegen nur wie 3,5 : 1,0. Diese Unterschiede stehen in ausgesprochenster Weise mit den Oertlichkeiten in Beziehung, in welchen sich die Truppentheile theils längere theils kürzere Zeit, theils nur auf dem Durchmarsche aufhielten.

Die Uebersicht auf S. 371 des Berichtes lässt folgende 4 Gruppen unterscheiden:

1) Diejenigen Heerestheile, welche dauernd der Einschliessungsarmee von Metz angehört haben, mit einer durchschnittlichen Ruhrmorbidität von 104,8 ‰ d. K. St.

2) Diejenigen Heerestheile, welche zwar vor Metz kämpften, sodann aber alsbald die Gegend verliessen (während die erste Gruppe 10 Wochen hier verweilte) mit 40,9 ‰ d. K.St.

3) Diejenigen Heerestheile (namentlich die III. Armee), welche überhaupt nicht vor Metz gekämpft hatten, mit 30,1 ‰ d. K. St.

4) Die badische Felddivision, welche während des Vorrückens der übrigen Heerestheile bei der Belagerung von

Strassburg festgehalten und später auf dem südöstlichen Kriegsschauplatz dies- und jenseits der Vogesen verwendet wurde, mit 11,1 °/₀₀ d. K. St.

Hiezu ist zu bemerken, dass die Morbiditätszahl der 3. Gruppe abnorm hoch erscheint, durch die beiden bayerischen Armeecorps, von denen das I. 66,3 °/₀₀, das II. 55,4 °/₀₀ hatten.

Diese 4 Gruppen behalten ihre gegenseitige Stellung bezüglich Ruhrmorbidität in sämmtlichen Monaten im wesentlichen bei, obwohl die meisten Heerestheile theils schon im September und October, theils erst im November und später aus ihrem ursprünglichen Verbande gelöst und zu neuen Heeren zusammengefügt wurden, deren Ort und Art der Thätigkeit grosse Verschiedenheiten darboten. Somit ist für den Grad der Ruhrentwicklung das kürzere oder längere Verweilen in mehr oder minder inficirten Gegenden während August und September auch weiterhin massgebend geblieben. (Schluss folgt.)

Prof. Dr. **H. v. Ziemssen: Klinische Vorträge.** Dritter Vortrag. II. Allgemeine Therapie. 2) Ueber subcutane Blutinjection, Salzwasserinfusion und intravenöse Transfusion.

Die intravenöse Transfusion hat bekanntlich ebenso begeisterte Anhänger, als entschiedene Gegner gefunden. Die lebhafte Bewegung zu ihren Gunsten, welche von Hasse, Gesellius u. A. Anfangs der siebziger Jahre in's Leben gerufen wurde, hat zu genauen Studien über ihren Nutzen und ihre Gefahren geführt. Das Resultat derselben ist, dass festgestellt wurde, dass defibrinirtes, sauerstoffreiches Blut der gleichen Species unter den nöthigen Cautelen in die Blutbahn gebracht nicht nur den Verblutungstod verhüten, sondern auch als ganz oder theilweise functionsfähiger Ersatz dienen könne, während das Blut einer anderen Species wohl vorübergehend den Verblutungstod zu verhindern vermöge, selbst aber nicht functionsfähig bleibe, weil die fremdartigen Blutzellen zerfallen und ausgeschieden werden. Das Hämoglobin der aufgelösten Blutzellen wird zum Theil von den inneren Organen, besonders der Milz aufgenommen und verschwindet hier; der grösste Theil aber wird durch die Nieren ausgeschieden, es entsteht Hämoglobinurie.

Alex. Schmidt und seine Schüler haben gelehrt, dass sich im Moment des Austrittes des Bluts aus den Gefässen ein Fibrinferment bildet, das aus dem Zerfall der weissen Blutzellen hervorgeht. Dasselbe bewirkt die Gerinnung des Blutes und wird durch diese grösstentheils erschöpft. Gelangt von ihm grössere Menge in das circulirende Blut, so entsteht eine Fermentintoxication, deren Erscheinungen im Wesentlichen auf die diffusen Gerinnungsvorgänge im circulirenden Blut mit secundären Extravasaten zurückzuführen sind. Kleine Mengen dieses Fermentes vermag der Organismus zu überwinden.

Jedenfalls muss zugestanden werden, dass die intravenöse Transfusion, so unbestreitbar sie in einzelnen Fällen segensreich gewirkt hat, ein das Leben gefährdender Eingriff sein kann und nicht selten geworden ist. Ein Theil ihrer Gefahren liegt in der uncontrollirbaren Möglichkeit, dass von dem besprochenen Fibrinferment trotz fleissigen Schlagens des Blutes in das circulirende Blut grössere Mengen übergeführt werden, ein anderer in den häufig vorkommenden technischen Operationsfehlern, wie Luftzutritt, Ueberhitzen des Blutes etc.

Die ersteren werden eliminirt, wenn anstatt Blutes Salzwasser transfundirt wird. Seitdem Goltz gelehrt hat, dass der Verblutungstod in erster Linie nicht in dem Verlust der Sauerstoffträger des Blutes zu suchen ist, sondern vielmehr dadurch bedingt wird, dass durch den Ausfall eines Theiles des Blutes jener Füllungs- und Spannungsgrad im Gefässsystem verloren gehe, dessen das Herz bedarf, um die Blutsäule in Bewegung zu setzen, haben Chirurgen und Gynäkologen mit gutem Erfolg Salzwasser transfundirt. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die Salzwassertransfusionen nur dann den Tod hintanhalten können, wenn nicht eine allzugrosse Menge Sauerstoffträger zu Verlust gegangen ist.

Ziemssen empfiehlt nun eine Methode, welche die Gefahren der Transfusion vermeidet und ihm günstige Resultate gebracht hat. Dieselbe besteht darin, dass er Mengen von 100—300 ccm defibrinirten Blutes unter Anwendung strengster Antisepsis subcutan injicirt und durch energische Massage das eindringende Blut verstreichen lässt. Indem in Bezug auf die Einzelheiten der Operation auf das Original verwiesen wird, sei bemerkt, dass dieselbe stets in der Chloroformnarcose gemacht werden muss, da die sehr kräftige Massage erhebliche Schmerzen verursacht. Als Einstichstelle ist am besten die äussere und innere Region der Oberschenkel zu gebrauchen und können leicht in einer Narcose 6—10 Einstiche gemacht werden, bei deren jeder 25 ccm Blut einverleibt werden.

Gegen die Schmerzen wird so lange Eis gebraucht, bis dieselben verschwunden sind, was in der Regel in 2—3 Tagen der Fall ist.

Entzündung und Eiterung im Unterhautzellgewebe kann bei Anwendung der nöthigen Cautelen und Eliminirung von Fehlerquellen (namentlich Ueberhitzung des Blutes) mit Sicherheit verhütet werden. Fermentintoxication ist nie beobachtet worden.

Der Effect dieser Injectionen zeigt sich in der Vermehrung des Hämoglobingehaltes im circulirenden Blut und in der Vermehrung der rothen Blutzellen. Die Zunahme des Hämoglobingehaltes nach der Injection ist in den ersten 24 Stunden am höchsten und sinkt in den nächsten Tagen allmählich ab, wiederholte Injectionen vermögen aber den eisernen Bestand des Hämoglobins allmählich zu heben, jedoch wiederholt sich nach jeder Injection das primäre An- und secundäre Abschwellen der Hämoglobinwerthe in immer gleicher Weise.

Durch eine Reihe genauer Beobachtungen werden diese Thatsachen klar gelegt. »Was auf diesem Wege therapeutisch zu erreichen ist, welchen Werth die subcutane Blutinjection in den einzelnen Krankheiten, welche eine Bluterneuerung- oder Ergänzung erheischen, als Heilmethode hat, das lässt sich zur Zeit noch nicht übersehen. Dazu gehören grosse Reihen von Beobachtungen aus den verschiedenen Krankheitscategorien, die zur Zeit noch nicht vorliegen.« Jedenfalls ist erwiesen, dass die subcutanen Blutinjectionen ohne Schwierigkeit und ohne Gefahr für den Patienten jederzeit angewendet werden können, dass bedeutende Mengen von Blut in gewissen Zwischenräumen dem Organismus zugeführt werden können, und dass die günstigen Wirkungen sofort sich entfalten und theilweise dauernde sind. Es kann nicht fehlen, dass diese Anregung Veranlassung zu vielerlei Versuchen giebt und steht nach den bisherigen Resultaten zu erwarten, dass durch die Einführung der subcutanen Blutinjectionen ein wesentlicher Fortschritt in der Therapie gemacht worden ist. Dr. Schmid-Reichenhall.

Winternitz: Zur Pathologie und Hydrotherapie der Lungenphthisis. Leipzig und Wien 1887.

Eine der wichtigsten Aufgaben der Hydrotherapie besteht in der Prophylaxe gegen Erkältungen; die an Kältereize nicht gewöhnten Hautstellen müssen an dieselben gewöhnt werden, um die Erkältungsgefahr zu beseitigen. Dies erreicht die Hydrotherapie am Besten durch kurze Abreibungen am Morgen. Ist die Phthise bereits zur Entwicklung gekommen, so soll durch vermehrte Blutzufuhr und Blutabfuhr im erkrankten Organ eine regere Circulation hervorgerufen werden und zwar durch Kräftigung der Herzaction, durch Erhöhung des Gefässtonus in den Lungen, durch Kräftigung des ganzen Organismus und endlich durch Herstellung localer Treibhausverhältnisse in und über dem erkrankten Organ. Zur Kräftigung der Herzaction empfiehlt W. verschiedene kurzdauernde, thermische Reize, als kühle Abreibungen, Regenbäder, nasse Einpackungen mit folgender Abreibung oder Douche. Die localen Treibhausverhältnisse über der erkrankten Lunge erzielt W. durch die sogenannte Kreuzbinde, welche um den Thorax und über die Schultern mit nassen Leinwandbinden angelegt und mit trockenem Flanell bedeckt wird. Unter diesem Umschlag tritt eine Gefässerweiterung des betreffenden Hautgebietes ein, während sich zugleich zwischen Umschlag und Haut eine Schichte gleichmässig warmen Dunstes

bildet, welcher auf die tiefergelegenen Schichten einen günstigen Einfluss ausübt.

Bei activen Blutungen sind die abkühlenden Brustumschläge am Platz, in Form des dreieckigen nassen Tuches, welches auf die vordere Brustwand und Supraclaxiculargegend applicirt und häufig gewechselt wird. Die passiven oder Stauungsblutungen der Lunge dagegen werden durch alle diejenigen Proceduren, welche tiefe Athemzüge auslösen, aber durch kurze kalte Abreibungen, durch kühle Regendouchen, ferner durch Dunstumschläge günstig beeinflusst.

Auch beim hectischen Fieber leisten morgendliche kühle Abreibungen, sowie der vorsichtige Gebrauch der Fächerdouche sehr gute Dienste.

Von 169 hydropathisch behandelten Fällen von Lungenschwindsucht konnte in 76 Proc. aller Fälle während der Behandlung eine Zunahme des Körpergewichtes constatirt werden. Selbst in 27 Proc. der floriden Phthise wurde ein Stillstand des destructiven Processes erreicht. Den Schluss der Arbeit bildet eine genauere Darstellung der hydropathischen Technik bei der Lungenphthise, sowie einige Untersuchungen über das Verhalten der Hauttemperatur unter verschiedenen Umschlägen.

Referent hat seit ca. 6 Jahren eine grosse Reihe Lungenkranker nach den von Winternitz aufgestellten Principien behandelt und kann aus eigener Erfahrung die günstigen Resultate dieses Autors bestätigen. Die leichte Ausführbarkeit der meisten dieser Proceduren selbst in den unbemittelten Volksschichten wird neben den guten Erfolgen dieser Therapie dazu beitragen, dieselbe immer mehr zu verbreiten. Jedem Praktiker kann das Studium der auf ca. 100 Seiten zusammengefassten Broschüre bestens empfohlen werden. R. v. Hösslin.

Weill: De la mort subite dans la pleurésie. (Revue de médecine 1887, Nr. 1.)

Auf Grund eigener Beobachtungen und der einschlägigen Literatur kommt Verfasser zu folgendem Résumé:

Beim plötzlichen Tod während der Brustfellentzündung findet man als wesentlichste Veränderungen Thrombose und Embolieen des Herzens und der Lungenarterie, Lungenödem auf der der erkrankten Seite gegenüberliegenden Lunge, Veränderungen am Myocard. Die Fälle von plötzlichem Tod in Folge von mechanischen Störungen, wie sie die Verdrängung des Herzens, die Achsendrehung der grossen Gefässe, die Abknickung der Vena cava inferior mit sich bringen, stellt Verf. zwar nicht in Abrede, will dieselben aber nur mit einer gewissen Reserve aufgenommen wissen, weil ähnliche mechanische Störungen oft längere Zeit von Kranken ertragen werden können. Der plötzliche Tod kann bei den verschiedensten Pleuritiden vorkommen, ebenso oft oder öfter bei rechts- als bei linksseitigen, bei acuten, wie bei chronischen, während der Zunahme, während der Abnahme und beim Stehenbleiben eines Exsudates. Die Beschaffenheit des Ergusses ist meist serös. Bei den mit plötzlichem Tod einhergehenden Brustfellentzündungen können Anfälle von Athemnoth, Ohnmachten, unregelmässiger Puls, Verdrängung des Herzens dem Tode vorhergehen, oft aber fehlen diese Anzeichen und der Tod tritt ein, meist bei einer plötzlichen Bewegung, während bis dahin keinerlei beunruhigende Erscheinungen aufgetreten sind. Als bestes prophylaktisches Mittel gegen diesen plötzlichen Tod empfiehlt Verf. die rechtzeitige Punction, welche heut zu Tage ohnehin wohl von jedem Kliniker bei allen grösseren Exsudaten vorgenommen werden wird.

v. Hoesslin.

Prof. **A. Strümpell: Kurzer Leitfaden für die klinische Krankenuntersuchung.** Leipzig 1887. 31 S.

In vorliegendem kleinen Werkchen stellt Verfasser Schemata für die Untersuchung der Kranken in der medicinischen Klinik zusammen. Ursprünglich für die Studierenden an Strümpell's eigner Klinik in Erlangen bestimmt, wird sich der Leitfaden aber auch auswärts viele Freunde erwerben.

Indem dem Studierenden das Schema vor Augen geführt wird, soll er lernen in jedem einzelnen Fall eine vollständige und systematische Untersuchung vorzunehmen, nichts zu vergessen, aber auch nicht durch unnütze Vielgeschäftigkeit die Kranken zu ermüden und sich die Diagnose zu erschweren.

Als besonderen Vorzug möchten wir die Art der Eintheilung des Stoffes bezeichnen. Strümpell gibt zunächst ein allgemeines Untersuchungsschema, dessen Befolgung zu der Gewinnung einer Annäherungsdiagnose führt; sodann sind angereiht Schemata für die Untersuchung bei den Hauptgruppen der wichtigsten Krankheiten (acute Infectionskrankheiten, Krankheiten der Respirationsorgane, des Herzens, des Digestionsapparates, der Nieren etc., chronischer Constitutionsanomalien, des Nervensystems). Dabei findet dann das jeweilig Wichtigste eine eingehende Berücksichtigung. Ein besonderes Gewicht hat Verfasser mit Recht auf eine sorgfältige Analyse der anamnestischen Angaben gelegt. von Noorden, Giessen.

Vereinswesen.

XV. deutscher Aerztetag zu Dresden

am 4. Juli 1887.

(Telegramm der Münchener medicin. Wochenschrift.)

Dresden, 4. Juli.

Der heute abgehaltene XV. Aerztetag ist in schönster Harmonie verlaufen. Die aufgestellte Tagesordnung wurde in achtstündiger Verhandlung erledigt. Der wichtigste Punkt der Tagesordnung: Antrag des ärztlichen Bezirksvereins Dresden-Stadt auf Einführung des Pfuschereiverbotes wurde abgelehnt und ersetzt durch einen Zwischenantrag Aub's, der dem Geschäftsausschuss das Mandat giebt, unter Aufrechterhaltung der dem ärztlichen Stande gewährten freiheitlichen Befugnisse schärferes Vorgehen gegen das Pfuscherthum anzustreben.

Einstimmige Verurtheilung erfuhr die Auslegung von Bötticher's in der Frage: Können Pfuscher an Krankenkassen fungiren? Der Ausschuss wurde beauftragt, hierüber eine Denkschrift auszuarbeiten.

Die übrigen Anträge waren weniger erheblich. Ausführlicher Bericht folgt in unserer nächsten Nummer. Stumpf.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 29. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Vor der Tagesordnung spricht

Herr **Baginsky:** Mir wurde vor 14 Tagen ein Kind von 3 Jahren zugeführt, welches seit einigen Tagen eigenthümliche Anfälle haben sollte, bei welchen sich der Urin sonderbar dunkel bis rothbraun färbte. Nach einigen Tagen erhielt ich den Urin, welcher den Anschein eines hämoglobinurischen Urins hatte. Das Kind war zart, das Erstgeborene, 3 nachfolgende Geschwister sind im 6. Monat durch Abort zu Grunde gegangen.

Vor $1^1/_2$ Monaten trat der erste Anfall ohne nachweisbare Ursache ein. Das Kind wurde kalt, die Hände blau, es trat heftiger Frost auf und Nachts oder gegen Morgen der geschilderte Urin. Sie können an den mitgebrachten Präparaten erkennen, wie die Farbennuancen dem Anfall parallel gehen. Der erste Urin ist tief dunkelroth, in den folgenden Gläsern klingt die Farbe allmählich ab, der letzte ist ausserordentlich hell. Der ganze Anfall dauert $^1/_2$—1 Tag.

Hämoglobinurie ist bei Kindern nicht gerade selten. Winckel hat vor einigen Jahren eine Epidemie davon beobachtet, welche mit Icterus verlief und in vielen Fällen lethal endete. Seither sind vielfach andere Fälle, namentlich bei Jungen, beobachtet. Viel seltener sind dagegen Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, welche dem oben geschilderten Anfall ganz entsprechend verlaufen; namentlich ist der Frost dabei typisch.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich nun eine überraschende Thatsache. Ich fahndete auf Blutkörperchen, fand aber keine, dagegen eine bisher noch nicht beschriebene Wurmform. Die Thiere traten in Exemplaren von wechselnder Grösse

auf und gehörten augenscheinlich der Klasse der Nematoden an. Ich wandte mich sofort an Virchow, der mich darauf aufmerksam machte, dass Fälle in seinem Archiv veröffentlicht worden sind, wo es sich um eine Rhabditesform im Urin handelte, jene Form der Wurmparasiten, welche auch selbständig zu leben im Stande sind. Jener Fall betraf eine Frau, bei welcher die Würmer durch die Genitalien eingewandert waren. Leuckart beschreibt diese Wurmform als charakterisirt durch einen ziemlich starken Schlund, welcher sich zu einem Schlundkopf erweitert, in dem sich eigenthümliche Chitinzangen fanden. Nach langen vergeblichen Bemühungen gelang es, diese Organe an der uns vorliegenden Wurmform zu finden; es handelte sich also thatsächlich um Rhabdites.

Unter meiner Behandlung ist erst ein einziger Anfall beobachtet worden. Ich kann natürlich, ehe weitere Beobachtungen es gestatten, fernere Schlüsse zu ziehen, nur das gleichzeitige Vorkommen der Hämoglobinurie und des Rhabdites notiren. Erst wenn das Entozoon bei einem neuerlichen Anfall von Hämoglobinurie sich wieder findet, wird man von einem Causalzusammenhang reden können.

Harnanalyse: Hämoglobingehalt 0,7, Eiweissgehalt 1,3 Procent, im Aetherextract nur minimale Spuren von Lecithin; es handelte sich also nicht um chylurischen, sondern wirklich um hämoglobinurischen Urin. Harnstoff 1,7 Proc., in der Asche reichlich Eisen, augenscheinlich vom Hämoglobin stammend.

Herr Ewald fragt, ob die Hämoglobinurie an bestimmte Tages- oder Nachtzeiten gebunden war. Stephen Mackenzie hat einen Fall von Filaria sanguinis zur Publication gebracht, in welchem die Würmer und das Hämoglobin nur in Nachturin auftraten. Als man die Lebensweise des Kranken umkehrte, derart, dass er bei Tage schlief und Nachts auf war, kehrte sich das Verhältniss um; der Urin war am Tage pathologisch, in der Nacht frei.

Herr Baginski: In der Nacht und gegen Morgen war nach Angabe der Mutter der Hämoglobingehalt am stärksten, das heisst die Farbe am tiefsten; jedoch kam sie auch am Tage vor. Es sei noch erwähnt, dass es vorzugsweise Oxyhämoglobin war, was sich fand. Im Blute, sowie im Stuhl war von den Parasiten nichts zu finden.

Herr Virchow: Wir werden wohl kaum in Zweifel sein können, dass Herr Baginsky einen wohl zu erkennenden Zusammenhang hergestellt hat. Wenn Jemand den regelmässigen Abfall im Harn, wie er mir von Tag zu Tag präsentirt wurde, mit dem allmähligen Verschwinden der Thiere, und die Akme der rothen Färbung zusammenfallend mit der Anwesenheit zahlreicher Thierchen in Betracht zieht, so kann er darüber nicht in Zweifel bleiben, dass hier ein innerer Causalzusammenhang bestehen muss. Es wäre sehr wünschenswerth herauszubekommen woher die »Beester« stammen. In Bezug auf die Filaria ist mir aus Bahia eine dem Falle Herrn Ewald's ähnliche Serie von Beobachtungen zugegangen und in meinem Archiv veröffentlicht.

Herr Retslag: Die kleine Patientin, welche ich Ihnen heute zeigen wollte, ist leider am Nachmittag verstorben. Es ist dieselbe Kleine, welche Ihnen Herr Prof. Hirschberg neulich wegen des Augenspiegelbefundes (bei lienaler Leukämie) vorgestellt hat. Der Fall war von Interesse, weil es sich um eine Cumulation von progressiver, perniciöser Anämie mit Leukämie handelte. Ich gedenke den Fall nun zu publiciren.

Antrag des Rechtsschutzvereines Berliner Aerzte wegen der Wahlen zur Aerztekammer.

Die Gesellschaft beschloss mit Rücksicht darauf, dass die medicinische Gesellschaft die grösste Vereinigung von Aerzten in Berlin ist (650 Mitglieder) und dass eine Anzahl der ihr angehörenden Aerzte keiner anderen Vereinigung Mitglied ist, sich an den Vorbereitungen zur Wahl der Aerztekammern zu betheiligen. Vorstand und Ausschuss wurden beauftragt, für die 44 Personen, welche als Mitglieder und Stellvertreter zu den Aerztekammern zu wählen sind, 66 Candidaten für die Gesellschaft auszuwählen, aus denen die Gesellschaft 44 bestimmen soll.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. Juni 1887.

Vorsitzender. Herr Leyden.

Herr **Bernhard** stellt 3 Patienten mit **tabischen Gelenkaffectionen** vor. Der eine hat Genu valgum, der andere Genu varum, der dritte ein verdicktes Fussgelenk. Bei allen fehlt das Kniephänomen, die beiden ersten befinden sich noch nicht im Stadium der Ataxie; der dritte ist ataktisch und er ist der einzige, bei welchen ein Trauma vorliegt, das als Ursache der Affection anzusprechen wäre. Die Fälle, wo Gelenkaffectionen schon vor dem Stadium atacticum auftreten, sind nicht so sehr selten.

Herr **Leyden** stellt einen Fall von **tuberculöser Nephritis** vor. Die 30jährige Patientin bot ein einigermaassen unklares Bild. Ausser grösster Heruntergekommenheit bot sie nervöse Symptome dar. Ihre Antworten waren verwirrt und unverständlich, bestimmte Klagen äusserte sie nicht. Ihre Stimme war rauh und heiser; die laryngoscopische Untersuchung constatirte ein Ulcus im Larynx und weisse Punkte, welche als Ulcus tuberculosum und Miliartuberkeln angesprochen wurden. Die Lungen waren frei. Die Wahrscheinlichkeit einer Meningitis auf tuberculöser Grundlage war gering. Sie hatte weder Nackenstarre, noch Erbrechen, noch eingezogenes Abdomen. Der ganze Zustand hatte Aehnlichkeit mit Urämie. Der Urin, der nur in sehr geringen Mengen erhalten werden konnte, enthielt viel Albumen. Das Sediment war zu gering, um untersucht werden zu können. Die Streitfrage, ob es sich um Urämie oder um Tuberculose handelt, (auf jeder Seite stand ein Theil der Herren) wurde durch den Sectionsbefund in überraschender Weise gelöst. Beide Teile hatten Recht, es bestand Nierentuberculose. Auffällig ist die Larynxtuberculose ohne Affection der Lungen, eine Avis rarissima.

Herr **Waldeyer: Ueber Karyokinese.**

Man hat vielfach behauptet, die karyokinetischen Figuren seien ganz ohne Bedeutung. Brass meinte sogar, diese Erscheinungen treten nur am reichlich ernährten Thiere auf; es sei also ein Vorgang im Ernährungsmaterial des Körpers. Diesen Einwand hat Rabl durch das Experiment widerlegt, indem er die karyokinetischen Erscheinungen auch am fast verhungerten Salamander nachwies. In neuerer Zeit sind Arbeiten erschienen, welche zeigen, dass diese Erscheinungen besonders für die Lehre von der Vererbung von Bedeutung sind.

Die Lehre von der Vererbung wird heute vorzugsweise von Weissmann, Hertwig gepflegt; auch Virchow hat sich damit beschäftigt. Für alle ist der wichtigste Punkt die Frage, ob erworbene Eigenschaften erblich sind, eine Frage, welche für die Descendenztheorie von der tiefsten Bedeutung ist. Es ist behauptet worden, dass im Laufe mehrerer Generationen, deren jeder man die Milz exstirpirt hat, Nachkommen mit kleinerer Milz geboren werden; und andere ähnliche Dinge. Weissmann erklärt das für unmöglich; denn die Veränderung müsse dann schon Ovulum oder Sperma getroffen und modificirt haben. Auf diese sehr wichtige Discussion wirft nun die Lehre von der Karyokinese ein bedeutsames Licht. Darüber will ich Ihnen referiren.

Redner recapitulirt die hauptsächlich von Flemming festgestellten gewöhnlichen Erscheinungen der Karyokinese, die Bildung des Fadennetzes, der Kernspindel, der bipolaren Anordnung und der schliesslichen Theilung von Kern und Zelle.

Es handelte sich nun darum, ob diese Erscheinungen der Karyokinese auch bei der Furchung des befruchteten Eies auftreten, und welche Rolle das männliche Sperma dabei spielt. Schon vor 40 Jahren hat ein englischer Forscher Bary, eine stoffliche Vermischung von Samen und Ei angegeben, und zuerst dadurch die alte Theorie von der Aura seminalis erschüttert. 1874 fand Auerbach in Breslau, dass sich bei den Eiern einer Wurmgattung nach der Befruchtung 2 Kerne fanden, sich einander näherten und schliesslich in einen verschmolzen. Weil er glaubte, hier eine Auflösung des Kerns vor sich zu haben, nannte er den Vorgang Karyolysis. Hertwig kam weiter,

weil er an einem günstigeren Objecte, einem Seestern arbeitete. Er konnte nachweisen, dass der eine Kern der Kopf des Spermatozoon ist, welcher den Schwanz abgeworfen hat. Er dringt in die Zelle ein und quillt auf. Darauf beginnt die Furchung. Daraus lässt sich die Thatsache verstehen, dass das Sperma ebenso viel Einfluss auf die Vererbung hat, wie das Ovulum. Ferner war festzustellen, dass dasjenige, was bei der Befruchtung die grösste Rolle spielt, nicht Protoplasma ist, sondern Kernsubstanz. Der Samenfadenkopf ist reine Kernsubstanz. Darum dürfen wir auch wohl annehmen, dass im Ovulum ebenfalls nur Kernsubstanz, nicht Protoplasma das eigentlich Wirksame ist.

Von höchster Wichtigkeit für die Fragen der Zeugung und Vererbung sind die »Richtungskörperchen«, welche Müller entdeckt hat. Er fand, dass die Eizelle in einem gewissen Stadium ihrer Ausbildung Körper ausstösst. Diese Thatsache fand verschiedene Deutung. Einige sagten, es seien nur Excretstoffe ausgeschieden, bevor das Ei sich zur Copulation mit dem Sperma anschickt. Vaubeuedeus erklärte es für den Kern, und meinte, die Zelle stosse den Kern aus und kehre so zum kernlosen Urzustand der Materie zurück. Das ist zum Teil richtig. Was ausgestossen wird, ist Kern, aber nicht der ganze Kern, sondern, wie Waldeyer meint, nur etwa die Hälfte. Die Ausstossung des Richtungskörperchens geschieht unter den Erscheinungen der Karyokinese, wie Oskar Schulz nachgewiesen hat. Das Ei in diesem Stadium nennt W. das »fertige Ei«, nach Ausstossung des Richtungskörperchens das »reife Ei«.

Um zu erklären, warum die Ausstossung vor sich geht, hat Vaubeuedeus folgende fundamentale Beobachtung hervorgezogen. Wenn Sperma in ein reifes Ei gelangt, so treten zuerst 2, dann 4, dann 8 Fadenschlingen auf, aber stets sind so viel männliche wie weibliche Fäden vorhanden. Es folgt die polare Anordnung und darauf die Theilung, aber auch hier derart, dass an jedem Pol immer gleich viel männliche und weibliche Fäden vorhanden sind. Und so weiter! Jede Körperzelle ist also hermaphroditisch, also auch das Ovulum. Wenn nun die Befruchtung eintritt, so würden nach Eintritt des Sperma die männlichen Theile enorm überwiegen; das Ei muss also zuvor einen Theil der männlichen Bestandtheile ausstossen und thut es mit den Richtungskörperchen.

Weissmann versucht eine andere Erklärung. Eine Mutter vererbt häufig ihren Kindern Eigenschaften des Vaters und Grossvaters. Das wäre nicht möglich, wenn ihr Ovulum die männlichen Bestandtheile vor der Befruchtung ausstiesse. Ferner giebt es Eier, welche sich parthenogenetisch entwickeln (Bienen, andere Insecten). Nach V.'s Theorie dürfte hiebei kein Richtungskörperchen ausgestossen werden, denn wo kein männliches Sperma zutritt, kann kein Ueberwiegen der männlichen Theile im Ei stattfinden und die Ausstossung ist überflüssig. Es ist nun W. gelungen, trotzdem die Ausstossung des Richtungskörperchens nachzuweisen, wo Eier sich parthenogenetisch entwickeln. Er nimmt nun an, dass in jeder Eizelle zweierlei thätige Stoffe vorhanden sind: das Kernplasma und das Keimplasma. Das erstere betrachtet er als dasjenige, welches Wachsthum und Ernährung der Zelle ordnet, das Keimplasma hat allein die Fähigkeit Befruchtung zu erleiden. Dieses findet sich ausschliesslich in Eizellen, darum ist keine andere Zelle der Befruchtung fähig. Weissmann nimmt nun an, wenn die Zelle sich zur Befruchtung anschicke, so stosse sie das Kernplasma aus: das ist das erste Richtungskörperchen. Diejenigen, welche befruchtet werden, würden im Laufe der Zeit eine enorme Menge verschiedenartiger Keimplasmas aufhäufen: es sind die Eigenschaften längst vergangener Ahnengenerationen erblich. Solches »Ahnenplasma« wird da ausgeworfen, wo **zwei** Richtungskörperchen ausgestossen werden. Durch die letztere Annahme gelangt er auch zu einer Erklärung der Thatsache, dass Geschwister sich ähnlich sind und doch wieder so verschieden. Es wäre wunderbar, wenn das zweite Richtungskörperchen, welches das weibliche Ei vor der Befruchtung ausstösst, bei allen dieselbe Menge und dieselben Theile des Ahnenplasmas betragen hätte. So werden die Ovula different und später die Kinder. Ganz ähnliche Zwillinge stammen aus einem Ei und zwar ist dazu nur ein Spermatozoon nöthig; mehrere, welche in ein Ei eindringen, sind diesem schädlich.

Auf Wunsch des Herrn Leyden äussert sich Herr W. noch dahin, dass jetzt im Allgemeinen der Kern, das Mikrosoma, Granulom, als der Elementarorganismus betrachtet wird, wenn auch für die Ernährungs- und Wachsthumsvorgänge die Bildung eines Protoplasmaleibes nöthig zu sein scheint.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 28. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Curschmann.

I. Demonstrationen.

1) Herr Waitz zeigt 2 Uterusfibroide, die durch Laparotomie entfernt worden sind. Dieselben entstammen Frauen von 29, resp. 50 Jahren. Beide wurden mittels supravaginaler Amputation des Uterus entfernt, die Stiele im ersten Fall intra-, im zweiten Fall extraperitoneal behandelt.

2) Herr Franke demonstrirt einen 5 mm langen, haarfeinen Holzsplitter, den er aus der vordern Augenkammer eines 9 jährigen Knaben entfernt hat. Derselbe war dem Patienten auf der Strasse in das linke Auge geflogen; bei der Iridectomie fand F. den Splitter zuerst nicht, konnte ihn aber 4 Wochen später extrahiren, nachdem er hinter der Cornea wieder sichtbar geworden war.

Aehnliche Fälle beobachteten Haase und v. Jäger.

3) Herr Eisenlohr demonstrirt:

a) Das Gehirn eines 39 jährigen Mannes, der im Leben die Erscheinungen einer linksseitigen Lungeninfiltration sowie Singultus und Erbrechen gezeigt hatte. Die Section des Gehirns ergab Hypertrophie des Plexus chorioid. und einen isolirten Tuberkel in der Medulla oblongata.

b) Das Gehirn eines 63 jährigen Kapitains, der plötzlich mit Erbrechen und cerebellarem Schwindel erkrankt war. Daneben bestanden leichte Sprachstörungen, Anomalien der Sehfähigkeit (Dyslexie), objectiv nur Atherom der peripheren Arterien. Patient starb plötzlich in einem apoplectiformen Anfall. Die Section zeigte Atherom der Hirnarterien, einen frischen Thrombus in der Basilararterie, einen älteren in der linken Arteria occipitalis. Der plötzliche Tod ist auf die Thrombose der Basilararterie zu beziehen.

3) Herr Denike demonstrirt ein grosses Exemplar einer Kreuzotter (Pelias berus), die einen 50 jährigen Arbeiter in den Finger gebissen hatte. Patient sog die Wunde sofort aus und ligirte Finger und Handgelenk mit einem Bindfaden. Zwei Stunden später excidirte D. die gebissene Stelle, injicirte ringsherum eine 2 proc. Lösung von Kaliumpermanganat subcutan und verband die Wunde mit der gleichen Lösung. Die Wunde befindet sich in bester Heilung; Allgemeinerscheinungen sind nicht aufgetreten.

Im Anschluss hieran demonstrirt:

4) Herr Curschmann mehrere Exemplare und Varietäten der Kreuzotter, ferner solche der Ringelnatter und Blindschleiche. Nach mündlicher Mittheilung eines hiesigen Zoologen sollen dieses Jahr besonders viele Kreuzottern in der Nähe von Hamburg existiren.

5) Herr Kümmell legt eine exstirpirte Wanderniere vor, stammend von einer 56 jährigen Frau, der er dieselbe Niere früher bereits durch Nähte fixirt hatte. Da die anfangs gehobenen Beschwerden später wiederkehrten, hat K. jetzt das Organ entfernt. Der Frau geht es bis jetzt gut.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **E. Arning: Ueber Lepra.**

Herr Unna glaubt, im Gegensatz zu Herrn Arning, wir ständen jetzt am Anfang einer rationellen Therapie. Er selbst sah bisher 5 Leprafälle. Seine Therapie bestand in einer Pyrogallol-Chrysarobin-Schmiercur, combinirt mit Ichthyol und Salicyl. Dabei gehen die Hautknoten gewöhnlich bald weg. Salicyl-Kreosot-Pflastermulle unterstützen diese Cur. Die interne

Behandlung (mit Ichthyol und salicylsaurem Natron) hält Unna auch nur für ein unterstützendes Moment. Gegen Nervenlepra glaubt er, dass die innere Behandlung, die parenchymatöse Injection und Massage von Erfolg sein werden.

Herr Arning glaubt, die Lepratherapie wird stets ein undankbares Feld bleiben, da diese Krankheit zu viele irreparable Veränderungen setzt.

Herr Eisenlohr theilt die Auffassung des Herrn Arning, dass es sich um reine Amyotrophie handelt, nicht. Er erinnert an Beri-Beri und multiple epidemische Neuritis, die ähnliche Erscheinungen seitens des Muskelsystems im Gefolge haben.

Nach einigen weiteren Bemerkungen der Herren Dehn und Arning wird die Discussion geschlossen.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr v. Bamberger.

(Schluss.)

Herr **Gruss** berichtet über einen von ihm beobachteten sehr interessanten Fall von acutem retro-bulbärem Oedem. Ein stets gesunder Mann erwacht, nachdem er den Abend in lustiger Gesellschaft zugebracht, vielleicht etwas mehr wie gewöhnlich getrunken hatte und gegen Mitternacht zu Bette ging, plötzlich aus dem Schlafe unter heftigem Stöhnen, sprang aus dem Bette und lief im Zimmer auf und ab, ein feuchtes Handtuch gegen das rechte Auge drückend. Herr Gruss fand einen starken rechtsseitigen Exophthalmus und ein Oedem der Lider. Durch die Zerrung der Trigeminusfasern bestand eine heftige Neuralgie, die dem Kranken so heftige Schmerzen verursachte. Bald gesellte sich zu den genannten Symptomen heftiges Erbrechen, welches den Charakter des cerebralen Erbrechens trug, starker Schwindel, Pulsverlangsamung bis auf 40 in der Minute und Arythmie des Pulses.

Die Untersuchung des Auges ergab: Exophthalmus hohen Grades. Lidhaut des Oberlides ödematös, ebenso Conjunctiva. Bedeutende Verbreiterung der Netzhautvenen. Netzhaut in toto blass. Papille vorgedrängt, Sehvermögen vorhanden, Sehschärfe herabgesetzt, unbestimmbar. Beweglichkeit des Bulbus in toto eingeschräekt, aber nach keiner Seite aufgehoben.

Im Laufe des nächsten Tages liessen die Erscheinungen nach und waren bis zum Abend gärzlich verschwunden. Nach 14 Tagen wiederholte sich, in Folge einer Gemüthsaufregung, dieselbe Scene. Es folgten noch weitere drei Anfälle, die aber nicht so bedrohlich waren, wie der erste, namentlich fehlte das Erbrechen und die cerebralen Symptome waren viel geringer.

Herr Meynert bemerkt, dass auch im Gehirne in Folge von vasomotorischen Störungen, Oedeme entstehen können. Solche vasomotorische Störungen verlaufen oft unter dem Bilde einer Herderkrankung. So hat Redner eine Frau beobechtet, die kurz vor ihrem Tode alle Erscheinungen einer Erkrankung des Hirnschenkels darbot. Bei der Section fand sich eine ödematöse Schwellung des betreffenden Hirnschenkels. In einem zweiten Falle zeigte die Patientin die Erscheinungen einer tuberculösen Basalmeningitis, nur die Nackenstarre und die Spannung der Bauchdecken fehlten. Die Kranke genas. Offenbar handelte es sich in diesem Falle nicht um Meningitis basilaris, sondern um vasomotorische Störungen im Circulus arteriosa Willisii.

Herr Vajda: **Beiträge zur Anatomie des männlichen Urogenital-Apparates.**

Redner hat 3 Fragen zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht: 1. Die Existenz und Lage von Papillen in der männlichen Harnröhre. 2. Die Qualität, Quantität und Localisation der Schleimdrüsen. 3. Die Beschaffenheit des Epithels der Urethral-Schleimhaut. Betreffs der ersten dieser Fragen weist Redner durch Citate die Divergenz nach, welche zwischen den Ansichten von Jarjavay, Burckhardt, Luschker, Klein, Henle, Cadiat und Robin etc. besteht. Die eigenen Untersuchungen lehrten ihm, dass die Papillen über die von den meisten Autoren angewiesenen Grenzen reichen, er fand sie nämlich bis kurz vor der pars bulbosa. Ausserdem kommen solche mindestens rudimentär vor dem Collic. semin. vor. Sie sind bald cylindrisch, bald keulenförmig aufgetrieben, ohne Membr. propria aber beinahe immer mit einer Gefässschlinge versehen.

Betreffs der Epithelien constatirt der Vortragende, dass die von Kölliker angenommene Congruenz der Gebiete von Papillen und Pflasterepithel zu den Seltenheiten gehört. Nach seinen Untersuchungen ist das Verhalten des Epithels ein zweifaches: 1. Rascher Ersatz des Pflasterepithels durch Cylinderepithel, welcher im ersten Cm. der Harnröhre nur auf die Seitenfläche der Harnröhre beschränkt ist, und im dritten Cm. schon allgemein wird; die Faltentiefen zeigen aber auch hier sog. prismatisches Epithel. Das Cylinderepithel behält seine Form bis zum Blasenostium. 2. Das Epithel bleibt pflasterförmig bis zu Ende der Urethra mit Ausnahme der Faltentiefen, welche auch hier prismatisches Epithel haben.

Bezüglich der Drüsen weist Redner nach, dass Morgagni unter Lacunae weder physiologische noch pathologische Vertiefungen in der Schleimhaut, sondern in der Schleimhaut oberflächlich verlaufende Gänge verstanden hat, zu deren bekannten Charakteristikon Redner noch das Vorkommen von cylindrischem bezw. prismatischem Epithel hinzufügt. Die Littré'schen Drüsen existiren nach ihm gar nicht. Er zieht daher vor, die Schleimdrüsen in der Urethra ohne Bezugnahme auf Littré in einfache und zusammengesetzte zu theilen, deren er in der Pars cavernosa bis 87 zählt. Gestützi auf den Bau der Drüsen bezeichnet er dieselben als tubulöse Drüsen.

Schliesslich bespricht Redner die sog. Tyson'schen Drüsen, deren Sitz Tyson an die Commissurstelle zwischen Praeputium und Penis, Littré in oder auf die Eichelkrone verlegt. Weder im Sulc. retrogland. noch an der Eichelkrone konnte der Vortragende je etwas Talgdrüsenartiges nachweisen. Soll der Name Tyson'sche Drüsen der Nomenclatur erhalten bleiben, so kann man damit höchstens die sehr oft vorkommenden Ausbuchtungen des Epithelüberzuges im Sinu frenal. bezeichnen.

Verschiedenes.

(Zum Capitel der Fleischbeschau und Wurstfabrikation.) Wohl alle Autoren, die sich mit der Frage der Zulässigkeit des Genusses von Fleisch perlsüchtiger Rinder beschäftigten, haben der Meinung Ausdruck gegeben, dass tuberculöse Producte (wie z. B. Perlknoten) als solche kaum zur menschlichen Nahrung Verwendung finden. Dass dem nicht immer so ist, lehrt folgender Fall: Bei einer im April ds. Jrs. zu Glogau in Schlesien stattgefundenen Schwurgerichtsverhandlung wurde festgestellt, dass der Fleischermeister R. aus Mallwitz am 16. Februar 1886 eine Kuh geschlachtet hatte, die sich im höchsten Grade als tuberkelkrank erwies. Lungen, Leber, Herz und Milz dieser Kuh, die am stärksten mit Tuberkeln und Eiterknoten durchsetzt waren, mussten auf Anordnung des Meisters von den untergebenen Lehrlingen in die Wurst gehackt werden, die alsdann an die Kunden verkauft wurde!!

(Zeitschr. f. Fleischbeschau u. Fleischproduction Nr. 9, 1887.)

(Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.) Eine statistische Arbeit von Dr. Würzburg (»Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt«) über die Säuglingssterblichkeit umfasst die Jahre 1875 bis 1877 und hat zu folgendem Resultate geführt:

Durchschnittliche jährliche Sterblichkeit der Säuglinge im Deutschen Reich beträgt 23,14 auf 100 Lebendgeborne;

in Württemberg . . .	31,55
» Sachsen-Altenburg .	30,20
» Bayern	30,18
» Sachsen	28,19
» Baden	25,28
» Reuss j. L.	25,96

Unter dem Durchschnitt blieben: Reuss ä. L., Homburg, Elsass-Lothringen, Sachsen-Meiningen, Preussen, die jedoch alle noch über 20 Procent zeigen.

(Sterblichkeit an Infectionskrankheiten in Oesterreich.) Nach Presl starben auf Grund der amtlichen Statistik in den Jahren 1879—1883 von 100,000 Einwohnern in Oesterreich an Masern 45, an Scharlach 61, an Keuchhusten 109, Diphtherie und Croup 141. (Prager Med. Wochenschrift 1887, Nr. 13—15.)

Therapeutische Notizen.

(Zur Therapie der acuten Coryza) empfiehlt M. A. Fritsche (Berl. klin. W. Nr. 27) Acid. salicyl. (in Oblaten) 0,2—0,3, zwei bis dreistündlich, also fünf bis sieben Mal täglich, und daneben folgendes Riechmittel:

Acid. acet. glaciale
Acid. carb. āā 2,0
Mixt. ol. balsam 8,0
Tr. Mosch. 1,0.
M. D. S. Als Riechmittel.

Hiervon werden ca. 50 Tropfen auf Watte gegossen, die in einer kleinen weithalsigen Flasche befindlich ist und Anfangs alle halbe Stunden, später in grösseren Intervallen je 10 Minuten lang, abwechselnd mit jedem Nasenloch daran unter stetem Aufziehen gerochen. F. sah nach mehrstündigem Gebrauch des Riechmittels allein geringe Schnupfengrade vollständig verschwinden. Am besten wirkt das Acid. salicyl. in den ersten 3 Tagen nach Ausbruch des Schnupfens; die Besserung tritt meist schon nach 12 Stunden ein, doch muss das Mittel noch 3—4 Tage nach Remission der Erscheinungen 3—4mal täglich fortgegeben werden, sonst treten Recidive auf. Die Salicylsäure ist 1—2 Stunden vor der Mahlzeit zu nehmen; einfache Diät. F. hat nahezu 200 Fälle von acutem Schnupfen mit mehr oder minder eclatantem Erfolg auf diese Weise behandelt.

(Zur Behandlung der Insectenstiche) empfiehlt Dr. Bernbeck (Vereinsbl. d. Pfälzer Aerzte Nr. 6) folgende Formeln:

1) Rp. Collod. elast. 19
Acid. salicyl. 1
D. S. Nach Vorschrift zum Bestreichen.

oder:

2) Rp. Collod. elast. 10
Hydrarg. bichlorat. corrosiv. 0,01
D. S. Wie oben.

Beide Lösungen sind in ihrer Wirkung gleich gut, so dass man der veralteten Ammoniakanwendung valet sagen kann. Bei Anwendung derselben lässt der Schmerz sofort nach und nur in den seltensten Fällen trat Anschwellung der in Mitleidenschaft gezogenen Parthien ein. Hierbei versteht es sich von selbst, dass die Behandlung sofort nach stattgehabtem Stiche beginnt.

(Ingluvin.) Ingluvin, ein Pulver von gelblich-grauer Farbe, ist ein Heilmittel, das aus den Vereinigten Staaten in jüngster Zeit in Europa eingeführt worden ist. Es wird aus Ventriculus Callosus Gallinaceus — dem Magen des Huhns (Pullus Gallinaceus) — bereitet und von den amerikanischen Aerzten bei allen den Fällen verordnet, wo früher Pepsin angewandt wurde, welches letztere bekanntlich in Folge der aus der verschiedenen Art und Weise seiner Bereitung resultirenden Unzuverlässigkeit häufig im Stich lässt. Vorzugsweise soll das Ingluvin sich bei der Dyspepsie und der mit dieser verbundenen Uebelkeit, insbesondere aber als ein specifisches Mittel (Charles Lonc — London — gab es als Mixtur 4,0 in 30,0 Aqua und 4,0 Acid. mur., 3mal täglich 1 Löffel) gegen Erbrechen während der Schwangerschaft bewähren. Die übliche Dosis variirt von 5 bis 15 g. Nach einer Mittheilung, welche Dr. Mohr an die Allg. med. Centralzeitung richtet, hat derselbe das Mittel in einem hartnäckigen Fall von Tabes mesaraica angewendet, in dem das lästigste aller Symptome — das nach jeder Nahrung regelmässig sich einstellende Erbrechen — bisher jeder Behandlung getrotzt hatte. Nach der ersten Gabe Ingluvin schon zeigte sich die gerühmte Wirkung; das Erbrechen blieb aus. Er gab Ingluvin als Pulver, 0,25 g dreimal täglich, in der Nahrung aufgelöst. Aehnliche Erfolge will er in einer Nachbehandlung von Delirium potatorum und in einem Falle von hochgradiger Dyspepsie bei gleichzeitig vorhandener Helminthiasis gesehen haben. In beiden Fällen hatte das Mittel Erfolg gegen das Erbrechen, welcher in letzterem von umso grösserem Belange war, als dadurch der Patient in den Stand gesetzt wurde, die bei Taenia solium übliche Medication von äusserst unangenehmem Geschmacke bei sich behalten und so zur Wirkung gelangen lassen zu können.

(Wien. med. Bl. Nr. 28.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 4. Juli. Am 29. vor. Mts. feierte Herr Obermedicinalrath Dr. v. Kerschensteiner sein 25jähriges Staatsdienstjubiläum, aus welchem Anlass die Vorstandschaft des ärztlichen Bezirksvereins sowie des ärztlichen Vereins ihm die Glückwünsche ihrer Vereine darbrachten. Wir schliessen uns denselben an mit dem Wunsche, das bayerische Medicinalwesen möge sich noch viele Jahre der verdienstvollen Leitung dieses Mannes erfreuen, mit dessen Wirken schon so viele für die öffentliche Medicin wie für den ärztlichen Stand segensreiche Reformen verknüpft sind.

— In Nürnberg wurde durch ortspolizeiliche Vorschrift die obligatorische Desinfection bei Infections-Krankheiten eingeführt; dieselbe geschieht durch eine von der Stadt aufgestellte Desinfectionscolonne nach einem festgesetzten Tarife.

— Die preussischen Thierarzneischulen zu Berlin und Hannover werden in Zukunft die Benennung: »Thierärztliche Hochschule« führen.

— An Stelle des zum Director der Irrenanstalt in Dalldorf gewählten Medicinalrathes Dr. Sander ist der bisherige Oberarzt dieser Anstalt, Dr. Moeli, zum dirigirenden Arzt der Siechen-Abtheilung derselben ernannt worden.

— Dem englischen Parlament ist der Bericht der ärztlichen Commission vorgelegt worden, welche im April 1886 ernannt wurde, um Erhebungen über die Wirksamkeit der Pasteur'schen Methode der Behandlung der Hundswuth anzustellen. Der Bericht bildet einen einstimmigen und vollkommenen Ausdruck des Vertrauens in Prof. Pasteur's System.

(Universitäts-Nachrichten.) **Bern.** Prof. Dr. Gasser hat einen Ruf als ordentlicher Professor der Anatomie nach Marburg erhalten. Als Privatdocent für Gynäkologie habilitirte sich Freitag den 1. Juli Herr Dr. Brühl, z. Z. Assistent der geburtshilflichen Klinik. — **Paris.** In der Akademie der Wissenschaften wurde für die Abtheilung Anatomie und Zoologie Prof. Dr. Carl Vogt in Genf als auswärtiges Mitglied gewählt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung. Dr. Joseph Hammacher zu Neustadt a./S.

Verzogen. Dr. Theodor Burger von Ebnath, Bezirksamt Kemnath, nach Pfreimd, Bezirksamt Nabburg.

Gestorben. Dr. Armin Fehr, prakt. Arzt zu Neustadt a./S.

Verabschiedet. Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Eckart, Garnisonsarzt beim Gouvernement der Festung Ingolstadt, mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform unter gebührenfreier Verleihung des Charakters als Generalarzt II. Cl.

Versetzt. Oberstabsarzt I. Cl. und Regimentsarzt Dr. Mayrhofer vom 18. Inf.-Reg. als Garnisonsarzt zum Gouvernement der Festung Ingolstadt; Stabsarzt Dr. Kölsch vom 1. Fuss-Art.-Reg. als Bataillonsarzt zum 3. Jäger-Bataillon; Assistenzarzt I. Cl. Dr. Ott vom 3. Inf.-Reg. zum 4. Feld-Art.-Reg.; Assistenzarzt II. Cl. Bedall vom Beurlaubtenstande (München I) in den Friedensstand des 2. Inf.-Reg.

Befördert. Zum Generalarzt I. Cl. der Generalarzt II. Cl. Dr. Mohr, Corpsarzt des I. Armee-Corps; zum Generalarzt II. Cl. der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Helferich à la suite des Sanitäts-Corps; zum Oberstabsarzt II. Cl. der Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Schichting vom 3. Jäger-Bataillon als Regimentsarzt im 18. Inf.-Reg.; zu Stabsärzten der Assistenz-Arzt I. Cl. Dr. Tutschek vom 2. Inf.-Reg. im 1. Fuss-Art.-Reg., — dann im Beurlaubtenstande der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Carl Sandner (München I); zum Assistenzarzt II. Cl. der Unterarzt Wilhelm Zäch im 15. Inf.-Reg.

Verliehen. Den Oberstabsärzten I. Cl. und Regimentsärzten Dr. Broxner des 1. Inf.-Reg. und Dr. Anton Moser des 5. Chev.-Reg. Patente ihrer Charge; den Oberstabsärzten II. Cl. und Regimentsärzten Dr. Gustav Baumann des 13. Inf.-Reg. und Dr. Pachmayr des 1. Schweren Reiter-Reg. der Charakter als Oberstabsarzt I. Cl. gebührenfrei.

Ernannt. Der einjährig freiwillige Arzt Anton Wismüller zum Unterarzt im 11. Inf.-Reg. ernannt und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

(Württemberg.)

Niederlassungen. Dr. Julius Gayler, appr. 1886, hat sich im Mai 1887 in Reutlingen niedergelassen; Dr. Lotterer von Reutlingen nach Eningen abgezogen.

Gestorben. In Rottenburg der praktische Arzt Dr. med. Baur.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 25. Jahreswoche vom 19. bis incl. 25. Juni 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 26 (41), Scharlach 2 (—), Diphtherie und Croup 3 (2), Keuchhusten 1 (3), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 177 (196), der Tagesdurchschnitt 25.3 (28.0). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 34.2 (37.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 23.6 (24.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 19.4 (16.4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F Straub in München.